

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 47

Adénites syphilitiques inflammatoires

Contribution à l'Étude du diagnostic des adénopathies
inguinales d'origine vénérienne

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Décembre 1932

PAR

Victor-Jean MICHEL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à MENTON (Alpes-Maritimes), le 23 juin 1909.

Examineurs de la Thèse .	{	MM. PETGES, professeur.....	{	Président.
		CABLES, professeur.....		Juges.
		DAMADE, agrégé		
		JOULIA, agrégé		

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 47

Adénites syphilitiques inflammatoires

Contribution à l'Étude du diagnostic des adénopathies
inguinales d'origine vénérienne

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Décembre 1932

PAR

Victor-Jean MICHEL

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à MENTON (Alpes-Maritimes), le 23 juin 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	Président.
		CARLES, professeur.....	Juges.
		DAMADE, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Psiculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

Témoignage de ma reconnaissance et
de ma profonde affection.

A MA SOEUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DU CORPS DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES CAMARADES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX

A MES MAÎTRES DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

1927-1928 : *Ecole annexe de Médecine navale de Toulon.*

1928-1929 : *Bordeaux :*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT.

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS.

EXTERNAT :

1930 : MONSIEUR LE PROFESSEUR LEURET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE.

1931 : MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER.

1932 : MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET.

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Les six mois que nous avons passés comme externe dans votre Service resteront parmi les meilleurs souvenirs de nos années d'étude; ils en ont été une des époques les plus profitables. Depuis, nous avons continué à suivre votre brillant enseignement en fréquentant votre service de clinique, où vous nous avez toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Auprès de vous, nous avons appris à connaître cette partie si importante et si difficile de la médecine que sont la dermatologie et la syphiligraphie; auprès de vous, nous avons sans cesse trouvé l'exemple des plus hautes qualités professionnelles et morales, et nous vous devons le meilleur de notre formation médicale.

Vous nous avez fourni le sujet de notre thèse, et vous nous avez aidé dans son élaboration.

Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous voudrions exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont facilité notre tâche.

Nous tenons à remercier particulièrement M. le Professeur agrégé Joulia, qui a bien voulu mettre des observations à notre disposition.

Nous remercions également M. le Docteur Le Coulant, ancien chef de Clinique, et M. le Docteur A. Petges, chef de Clinique dermatologique. -

Enfin nos remerciements iront également à M. le Docteur Esquier, médecin de la Marine, qui nous a reçu avec bienveillance dans son service de l'Hôpital Sainte-Anne, à Toulon, et à M. le Docteur Escartefigue, médecin de la Marine. Nous leur devons une de nos observations.

ADÉNITES SYPHILITIQUES INFLAMMATOIRES

Contribution à l'étude du diagnostic des adénopathies inguinales
d'origine vénérienne.

INTRODUCTION

Le chapitre des adénopathies inguinales est certainement un des plus vastes que nous offre la pathologie. Pour en mesurer l'étendue et en même temps la difficulté, il suffirait d'énumérer toutes les causes possibles d'adénites inguinales. Elles sont multiples, et multiples sont les aspects que peuvent prendre ces adénites.

Elles peuvent succéder à une cause locale, ou bien n'être qu'un symptôme d'une maladie générale; elles peuvent être isolées ou coïncider avec d'autres adénopathies; elles peuvent avoir une allure aiguë, subaiguë, chronique; elles peuvent évoluer vers la suppuration, vers la sclérose, vers la guérison. Il faudrait citer comme étiologie possible toutes les affections locales, banales ou spécifiques : le chancre syphilitique, la blennorrhagie, l'herpès, les lésions traumatiques ou infectieuses banales, le chancre mou, le lymphogranulome inguinal; un grand nombre d'affections générales, les leucémies, la tuberculose, la syphilis, la peste, la maladie de Hodgkin, la lèpre, etc.

La question des adénités d'origine vénérienne, restée longtemps très obscure, a accompli depuis le siècle dernier d'énormes progrès. De nombreux travaux scientifiques, des recherches laborieuses, ont apporté sur ce sujet une grande clarté. Les affections anciennement connues et bien décrites depuis longtemps ont été étudiées dans leurs diverses formes; leur diagnostic peut être mieux précisé aujourd'hui grâce aux progrès de la clinique et du laboratoire. Des affections nouvelles ou méconnues pendant longtemps ont été étudiées, isolées, individualisées, et ont pris dans ce cadre la place qu'elles méritaient.

A mesurer les progrès accomplis, il semblerait que ces adénopathies, qui sont si fréquentes, qui retiennent dans les salles d'hôpitaux de nombreux malades, ne doivent poser au praticien que des problèmes de diagnostic faciles à résoudre. Cela pourrait paraître vrai pour celui qui ne considérerait ces affections que dans leurs formes typiques et qui s'attendrait à les voir évoluer sur le malade suivant un processus toujours identique, répondant aux descriptions les plus classiques. Certes, il n'est rien de plus facile à reconnaître qu'un bubon chancrelleux, lorsque celui-ci se présente sous son aspect le plus typique; ou qu'une adénopathie syphilitique primaire ou secondaire, lorsque le malade qui en est porteur semble avoir servi de modèle aux descriptions classiques de Ricord; ou encore qu'un lymphogranulome inguinal, lorsque celui-ci s'offre avec l'ensemble le plus complet des symptômes qui ont été décrits à cette affection. Certes, de tels cas sont nombreux où un rapide examen, la vue et le palper suffisent à faire poser à coup sûr le diagnostic et où il semble que les autres modes d'investigation soient superflus.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Que de fois n'est-on pas obligé en présence d'affections de cet ordre de dire : adénopathie de nature indéterminée. Souvent cette étiquette n'est que provisoire : un fait nouveau vient mettre sur la voie du diagnostic, et l'on parvient, en mettant en œuvre tous les

moyens de recherche, à déterminer la vraie nature de l'affection. Mais il arrive que, malgré toutes les recherches effectuées, le diagnostic reste hésitant, incomplet. Parfois, l'évolution de l'affection vient montrer que le diagnostic posé tout d'abord était erroné. Parfois même, on se trouve en présence de cas si embarrassants qu'on est obligé d'instituer un traitement ou des traitements successifs, sans avoir pu mettre en évidence l'étiologie vraie de l'affection, en espérant que l'épreuve de ce traitement viendra peut-être mettre sur la voie d'un diagnostic auquel l'étude clinique du malade n'avait pas abouti.

Tous ceux qui sont habitués à traiter couramment des affections de cette nature signalent fréquemment de telles difficultés.

Donc : difficulté du diagnostic des adénopathies inguinales dans certains cas et, pouvons-nous ajouter, importance de ce diagnostic; c'est là une notion qui devait s'imposer à nous avec encore plus d'évidence, au fur et à mesure de l'élaboration de notre thèse, que M. le Professeur Petges a bien voulu nous inspirer.

Adénites syphilitiques inflammatoires : voilà des termes dont l'association peut paraître à la lecture quelque peu inattendue. Il est de règle d'assigner à l'adénite syphilitique primaire et secondaire des caractères qui sont justement tout le contraire de ceux de l'inflammation. Mais il n'est pas de loi en pathologie, telle qu'elle ne puisse présenter des exceptions. Toutes les affections peuvent parfois revêtir des aspects inattendus, et il en est de la syphilis comme des autres. Notre but est de montrer que l'on peut rencontrer en clinique des cas atypiques où les ganglions syphilitiques réagissent en présentant tous les signes de l'inflammation et qu'on peut les rencontrer aux différents stades d'inflammation aiguë, de ramollissement, de suppuration.

Ces cas sont rares certes, mais c'est leur rareté qui fait l'importance de leur diagnostic, car ils risquent d'être facilement méconnus.

Les lignes qui précèdent montrent déjà dans quel esprit nous comptons diriger notre travail, et puisque nous venons de poser notre sujet, il ne nous reste plus qu'à essayer d'en dessiner les limites et d'en tracer le plan.

Nous parlerons surtout des adénopathies que l'on rencontre aux périodes primaire et secondaire, principalement des adénopathies satellites de l'accident primitif. Nous signalerons cependant les atteintes ganglionnaires au cours de la syphilis tertiaire, atteintes ganglionnaires qui peuvent intéresser les ganglions inguinaux.

Après un rapide historique sur les adénopathies vénériennes en général, nous diviserons notre sujet en trois grandes parties :

Dans un premier chapitre, nous étudierons les adénites syphilitiques en général, telles qu'elles se présentent en clinique dans la grande majorité des cas.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons les adénites syphilitiques inflammatoires, à évolution atypique. Dans ce chapitre, après quelques considérations générales, nous exposerons les observations qui nous auront paru intéressantes à rappeler et des observations inédites. Nous étudierons ensuite les symptômes et les formes présentés par ces adénites, en tâchant de mettre sans cesse en évidence les difficultés du diagnostic.

Ensuite, dans un troisième chapitre, nous plaçant au point de vue du diagnostic différentiel, nous étudierons rapidement les diverses affections ganglionnaires avec lesquelles on peut confondre de telles adénopathies et les moyens que nous avons à notre disposition pour les diagnostiquer. Nous verrons qu'il existe des cas où deux infections différentes, ou quelquefois trois, peuvent évoluer sur le même sujet et qu'il est du plus haut intérêt de connaître l'existence de ces formes mixtes, dont le diagnostic peut être des plus délicats.

Enfin, nous essaierons de dégager nos conclusions.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à insister sur ce fait qu'il n'est pas dans notre prétention de

chercher à créer un type clinique nouveau ni d'introduire quelque notion pathogénique nouvelle dans l'étude d'affections qui sont actuellement parfaitement connues. Ce que nous voulons simplement, c'est insister sur certaines formes cliniques, formes d'ailleurs toutes déjà signalées, et montrer l'importance de leur diagnostic. Et peut-être, dans ces limites modestes, n'aurons-nous pas fait une œuvre tout à fait inutile.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs avaient déjà observé des bubons inguinaux. Hippocrate, Celse, Galien, en citent des cas dans leurs écrits, mais il semble que leurs relations se rapportent toujours à des cas de chancrelle suivis de bubon inflammatoire et qu'il n'est rien là qui puisse faire penser à la syphilis. Hippocrate rapporte bien l'observation assez confuse de malades qui « eurent des aphtes et des ulcérations de la bouche; fluxions fréquentes sur les parties génitales; ulcération, tumeur au dedans et au dehors; *gonflement dans les aines*; ophtalmies humides, longues et douloureuses; carnosités aux paupières en dedans et en dehors qui firent perdre la vue à beaucoup de personnes et que l'on nomme des fics. Les autres plaies et les parties génitales étaient aussi le siège de beaucoup de fongosités. Dans l'été, on vit un grand nombre d'anthrax et autres affections que l'on nomme septiques; des éruptions pustuleuses et tendues; chez beaucoup, de grandes éruptions vésiculeuses ».

Les Arabes, dans leurs écrits, semblent avoir ignoré également les accidents syphilitiques.

Au ^{xv}^e siècle, commence à se faire dans les écrits la différenciation entre l'adénopathie froide de la syphilis et le bubon inflammatoire et suppuré du chancre simple.

Fournier fait remarquer que les observateurs qui furent témoins des premiers ravages de la syphilis en Europe : Marcellus Cumanus, Benedetti, Léonicène, Gaspard Torella, ne décrivent pas le *bubon suppuré* au nombre des symptô-

mes du *mal français*. Il en est de même pour Fracastor et Montius.

Mais vers le milieu du xvi^e siècle les deux variétés d'adénites furent à nouveau confondues, car, bien qu'on retrouve en clinique la distinction des deux formes, toutes deux sont attribuées à la syphilis : cette tendance uniciste se retrouve dans les écrits de Nicolas Massa, de Thierry de Héry, d'Ambroise Paré, de Rondelet, de Bourru, etc.

Ces auteurs considèrent donc le bubon suppuré comme de nature syphilitique, mais ils remarquent cependant que les bubons suppurés ne sont pas suivis de manifestations ultérieures (éruptions cutanées, etc.).

Écoutez A. Paré, cité par Fournier :

« Puis le virus pullulera et cheminera par les veines, et le foyer se ressentant de tel vice, souvent par sa faculté expultrice, chasse le dict virus aux aynes et faict apostèmes appelés bubons (vulgairement poulains), lesquels s'ils ne jettent leur gourme et retournent au dedans par délitescence, ce venin infecte la masse du sang dont s'ensuit la vérole. »

De même, Thierry de Héry (1660) insiste sur la valeur diagnostique de l'adénopathie satellite :

« Bien est vrai, dit-il, que les plus certains signes de la vérole sont quand après ou pendant les ulcères des parties honteuses (spécialement calleux et durs en leurs racines) apparaissent *tumeurs aux aynes*, qui s'en retournent dedans le corps *sans suppuer*. »

C'est à Ricord qu'il appartient d'établir la distinction entre le chancre simple et le « chancre infectant », dualité qu'il retrouvait dans l'étude des bubons qui accompagnaient ces deux variétés de chancre. Il fait de l'adénopathie syphilitique un symptôme important de l'infection syphilitique et d'une grande valeur diagnostique. Nous verrons dans le chapitre suivant comment se présente cette adénopathie syphilitique qu'il a décrite de façon magistrale et dont les descriptions sont restées classiques.

Avant de clore ce court chapitre sur l'historique des adé-

nopathies vénériennes en général, nous voudrions dire un mot, ne serait-ce que pour les citer, des progrès qui ont été accomplis plus récemment dans ce chapitre de la pathologie.

Nous ne parlerons pas de l'histoire du chancre mixte et de son adénopathie, forme associée de deux affections nettement différenciées.

Il y avait encore, vers 1910, une foule d'affections dont l'étiologie était indéterminée, et dont les descriptions diverses, présentant bien des points communs, avaient introduit dans ce domaine une terminologie des plus touffues.

C'étaient : l'adénite à suppuration intraganglionnaire de Velpeau et Chassaignac, — le bubon chronique d'emblée de Rollet, — l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaires de Nélaton, — le bubon strumeux de l'aine de Lejars, — l'adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires de L'Hardy, — l'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires prétendue simple de Marion et Gandy, — les bubons climatiques.

En 1913, MM. Nicolas et Favre publièrent leurs premiers travaux sur la lymphogranulomatose inguinale subaiguë (ulcère vénérien adénogène). Ils ont eu le mérite de dégager des formes déjà connues d'adénites aiguës et subaiguës, suppurées de l'aine une nouvelle affection, maladie propre, autonome, maladie actuellement bien décrite, bien individualisée, qui s'identifie probablement au bubon climatique anciennement décrit et dont seul l'agent pathogène reste encore à découvrir.

Nous avons mentionné brièvement ces progrès récents, pour que cet historique, bien que rapide, ne soit pas trop incomplet, et nous n'avons pas voulu passer sous silence des affections dont nous aurons à discuter plus loin le diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

ADENOPATHIE SYPHILITIQUE CLASSIQUE

ADENOPATHIE PRIMAIRE

La période primaire de l'infection syphilitique est marquée cliniquement par deux accidents aussi caractéristiques l'un que l'autre et pour ainsi dire inséparables : le chancre et son adénopathie satellite. Nous nous proposons, dans ce premier chapitre, d'envisager l'adénite syphilitique telle qu'elle se présente dans l'immense majorité des cas, l'adénite syphilitique dans sa forme classique. La description s'en trouve faite de façon magistrale dans les écrits de Ricord, et Fournier, dans son *Traité de la Syphilis*, et depuis tous les syphiligraphes n'ont fait le plus souvent que reprendre les descriptions de Ricord. C'est dire à quel point les observations de celui-ci étaient précises, et aujourd'hui encore c'est à elles que nous devons avoir recours, si nous voulons rappeler les caractères normaux de cette adénopathie, que l'on a désignée sous les noms de bubon symptomatique, bubon primitif, adénopathie primitive, ou encore bubon satellite.

Le premier point sur lequel nous devons insister, c'est le caractère constant de cette adénopathie. Ricord en avait fait une loi pathologique : « Pas de chancre infectant sans bubon symptomatique. » C'est un symptôme qui ne fait jamais défaut. « Il suit le chancre comme l'ombre suit le corps... C'est le compagnon obligé du chancre infectant. » Ce n'est pas un accident, une complication du chancre, « c'est un symptôme annexe, obligatoire, constant », comme dit Fournier.

Il peut bien y avoir des exceptions à cette loi, mais elles

sont très rares. Fournier, sur 5.000 malades atteints de chancre syphilitique, n'a vu le bubon primitif faire défaut que trois fois. Bassereau donne une proportion un peu plus forte, puisque sur 380 cas il aurait vu l'adénite faire défaut dans 25.

Mais la règle générale exprimée par Ricord a été confirmée par tous les autres auteurs, par Mauriac, par Rôllet, et elle trouve chaque jour sa consécration dans la pratique courante. D'ailleurs, on peut se trouver en présence, dans les cas exceptionnels signalés, d'anomalies anatomiques, tel le cas signalé par Fournier, où les ganglions inguinaux superficiels faisaient complètement défaut d'un côté.

A quel moment apparaît l'adénite ? Elle suit de très près l'apparition du chancre. Pour Ricord, elle apparaît « dans le courant du premier ou du second septennaire (après l'apparition du chancre) ». Dans la grande majorité des cas, elle se montre de quatre à douze jours après l'accident primaire.

Le siège de l'adénite dépend du siège du chancre : les ganglions atteints sont ceux qui servent d'aboutissement aux lymphatiques partant de la région occupée par le chancre. C'est là une règle absolue : le siège du chancre détermine le siège de l'adénite, et inversement la constatation d'une adénite caractéristique peut amener la découverte d'un chancre passé inaperçu, ou de la cicatrice d'un chancre. Pour citer quelques exemples, un chancre de la base de la langue s'accompagne d'une adénite sous-maxillaire, un chancre de la main et des doigts s'accompagne d'une adénite axillaire ou épitrochléenne, etc.; enfin les chancres des organes génitaux, du périnée, de l'anus, du pubis, s'accompagnent d'une adénopathie inguinale (le chancre du col utérin seul donne des ganglions profonds, pelviens, non perçus).

Fournier distingue l'adénopathie clinique et l'adénopathie anatomique. Remarquant le caractère « centripète » de l'infection, il fait observer que le retentissement du chancre ne s'arrête pas toujours au premier relais ganglionnaire, et il a observé des cas où l'autopsie de sujets morts en période primaire de la syphilis montrait des ganglions intéressés au delà

des pléiades inguinales; les ganglions de la chaîne iliaque se trouvaient intéressés.

Dans le cas de chancre génital, l'adénopathie peut intéresser les ganglions d'un seul côté, ou bien les ganglions des deux aines, ce qui est le cas le plus fréquent. En cas d'adénopathie unilatérale, celle-ci peut être directe, c'est-à-dire être située du même côté que le chancre, ou croisée, c'est-à-dire siéger du côté opposé, ceci s'expliquant par les anastomoses des lymphatiques provenant des deux côtés de la verge et s'entrecroisant sur la ligne médiane.

Quels sont les caractères de cette adénopathie syphilitique primaire ? Ils sont très importants à connaître et, d'ailleurs, dans les cas normaux, très faciles à constater sur le malade.

Tout d'abord c'est une adénopathie polyganglionnaire : on trouve au niveau de l'aine, plusieurs ganglions, 4, 5, 6, ou même davantage, qui sont intéressés. Ce groupe de ganglions constitue ce que Ricord a désigné sous le nom de *pléiade*. Ce n'est que dans de très rares cas que cette adénopathie est monoganglionnaire : le ganglion intéressé est alors celui auquel aboutissent les lymphatiques émanés directement de la région occupée par le chancre; c'est celui que Ricord désignait sous le terme de *ganglion direct*, ou encore *ganglion anatomique*. Mais il est rare que, par un examen plus poussé, on n'arrive pas à mettre en évidence les autres éléments de la pléiade.

A ce premier caractère de multiplicité, vient s'ajouter une autre notion non moins importante : c'est une adénopathie, « tout au plus moyenne comme développement » (Fournier); les ganglions affectent le volume et la forme d'une noisette, d'une olive, d'une demi-noix tout au plus. Rarement, ils atteignent un plus grand volume. Notons qu'il y a le plus souvent un de ces ganglions qui atteint un volume plus considérable, c'est le ganglion anatomique de Ricord dont nous parlions à l'instant : c'est « le préfet de l'aine, entouré de son conseil général. »

Caractère majeur, c'est une adénopathie aphlegmasique,

froide, indolente. C'est là un signe absolument caractéristique de l'adénite syphilitique typique. Pas de réaction inflammatoire; absence à l'examen de tout signe de l'inflammation. La peau reste souple, elle n'est ni rouge ni chaude.

« Ce bubon naît, se développe, évolue et se termine sans douleur. » (Fournier.) Il n'occasionne au malade aucune gêne locale le plus souvent, aucune douleur ni spontanément, ni à la pression. Cette adénopathie, en raison de son faible développement et de son indolence, reste souvent ignorée du malade.

Ces ganglions, indolents, sont, de par l'absence de réaction inflammatoire, complètement libres et mobiles. Le ganglion seul est intéressé, et non le tissu cellulaire qui l'environne : les ganglions sont indépendants les uns des autres, indépendants de la peau, indépendants des plans profonds. Il n'y a pas de périadénite. A l'examen, ce caractère se traduit par la présence de petites tumeurs isolées, mobiles, roulant sous le doigt.

Enfin, c'est une adénopathie dure. Cette dureté est caractéristique. « C'est, dit Ricord, la base du chancre transportée dans le ganglion. » Cette induration est en effet véritablement spécifique et du chancre et du ganglion.

Voyons maintenant comment évolue cette adénopathie et quelle est sa durée.

C'est, comme dit Fournier, une « adénopathie de processus lent, une adénopathie longuement persistante ». Elle persiste avec les caractères que nous lui avons décrits, sans gêne pour le malade, et, « règle absolue, elle survit au chancre ». Elle peut durer pendant un temps très variable : de quelques semaines à plusieurs mois; si bien qu'elle n'appartient pas seulement à la période primaire de la syphilis, mais elle survit à cette période et « coexiste avec les premières poussées secondaires ».

Mais c'est « une adénopathie spontanément résolutive ». Si on l'abandonne à son évolution propre, elle finit par se résoudre et disparaître. « Et c'est tout, c'en est fait ainsi

du bubon, qui meurt de la sorte, comme il est né et comme il a vécu, sous forme d'une lésion indolente, aphlegmasique, insensible, souvent même, je le répète, latente et ignorée. »

Ce caractère de persistance du bubon, même après la cicatrisation du chancre, n'est pas un des moins intéressants à signaler. Car il peut permettre, à plusieurs mois d'intervalle, de faire découvrir une syphilis passée inaperçue jusque-là, donc c'est une règle dans tous les cas d'interroger les ganglions, de « tâter le pouls à la vérole », comme disait Ricord, car la découverte d'une adénopathie syphilitique persistante est d'une grande importance au point de vue du diagnostic général de la syphilis.

Nous n'avons pas à insister longuement sur la question du diagnostic de cette adénopathie : en effet, le plus souvent, c'est une question qui ne se pose pour ainsi dire pas lorsque cette adénopathie s'accompagne de tout le contexte de l'infection syphilitique. Quelle difficulté en effet y aurait-il à reconnaître cette adénopathie, si caractéristique avec son indolence, sa dureté, sa multiplicité, lorsqu'elle accompagne ou suit un chancre qui lui-même a été nettement diagnostiqué, ou lorsque la réaction de Bordet-Wassermann est positive, ou encore lorsque les accidents secondaires ont déjà éclaté ?

Dans certains cas, où les signes de l'infection syphilitique peuvent manquer (nature du chancre, signes de syphilis secondaire, Bordet-Wassermann), on peut être amené à mettre en œuvre un moyen complémentaire de diagnostic : *la ponction ganglionnaire*, qui permet de faire un diagnostic bactériologique, en décelant la présence du tréponème dans le suc ganglionnaire.

Cette ponction a été utilisée depuis longtemps. Hoffmann et Schaudinn, les premiers, l'ont mise en œuvre en 1903, et cette recherche a gardé depuis en Allemagne le nom de « recherche d'Hoffmann ».

Depuis, elle fut fréquemment utilisée, surtout en Allemagne, où, en 1919, Habermann et Mauslagen, sur 33 cas de

ganglions ponctionnés, trouvent 30 fois du tréponème; en 1920, Frühwald en trouve 23 fois sur 24 cas; Droop, en 1921, 38 fois sur 50 cas.

T. Shimoda (Kyoto), en 1923, a utilisé, dans 30 cas, la ponction ganglionnaire à la période du chancre. Sur 12 cas avec réaction de Wassermann positive, il a obtenu 10 résultats positifs; sur 18 cas avec réaction de Wassermann négative, il a obtenu 11 résultats positifs.

En France, des recherches semblables ont été faites dans le même sens. Mais les résultats semblent plus discordants.

En 1906, MM. Thibierge, Ravaut et Le Sourd n'ont trouvé le tréponème que 3 fois sur 13 cas de ganglions syphilitiques ponctionnés.

M. Chatelier, récemment, donnait les résultats suivants : sur 14 cas de syphilis primo-secondaire, il trouvait 5 résultats négatifs dans le ganglion, 7 fois des tréponèmes nombreux dans le ganglion et dans le chancre, 1 cas négatif dans le chancre et positif dans le ganglion, 1 cas positif dans le chancre et négatif dans le ganglion.

M. Gougerot, en 1930, a publié plusieurs cas où la ponction ganglionnaire fut positive et permit d'instituer un traitement précoce de la syphilis.

Indiquons rapidement quelle est la technique de cette ponction. Avec une aiguille courte, à lumière assez large, on ponctionne un ganglion bien accessible et l'on aspire un peu de sérosité. Si l'on n'obtient rien de cette manière, on emploie la méthode de Schültz; on injecte dans le ganglion un demi-centimètre cube environ d'eau physiologique stérile, on fait tourner l'aiguille dans le ganglion; on masse légèrement celui-ci et, après cinq minutes d'attente, on aspire avec la seringue. Il ne reste plus qu'à examiner le produit de la ponction, soit après coloration par la méthode de Fontana-Tribondeau, soit mieux encore directement à l'ultramicroscope.

Comme on le voit, par les résultats signalés et par la simplicité de sa mise en œuvre, ce procédé, qui n'est pas encore

entré dans la pratique courante, mérite d'être généralisé. Son utilité peut être très grande dans tous les cas douteux, dans les cas où le chancre est passé inaperçu, où il y a eu application de pommades antiseptiques, où le chancre est caché par un phimosis, etc. Cette méthode a comme avantage de permettre d'établir un diagnostic précoce et, conséquence qui en découle immédiatement, de permettre d'instituer un traitement précoce.

Comme dernier mode de diagnostic enfin, il resterait l'examen histologique, que l'on pourrait être amené à faire dans les cas douteux.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur l'étude de l'anatomie pathologique du ganglion syphilitique satellite de l'accident primitif; nous ne ferons que signaler rapidement les principales lésions histologiques.

D'après Cornil, d'après Hoffmann et Beer, d'après les études plus récentes de Zurhelle, voici quelles sont les caractéristiques de cette adénopathie. Elle est constituée surtout par une hypertrophie avec sclérose subaiguë, avec épaissement de la capsule et des trabécules fibreuses qui, normalement, cloisonnent le ganglion. Les centres germinatifs folliculaires sont augmentés de nombre et de volume. Les cellules des sinus lymphatiques périphériques présentent des signes d'irritation, beaucoup sont détruites, les sinus sont dilatés et bourrés de lymphocytes. La capsule et les travées elles-mêmes présentent une infiltration de lymphocytes et de plasmocytes.

D'après Virchow, les lésions histologiques passeraient par trois stades : dans un premier stade, il y aurait irritation, hyperémie; dans un deuxième stade, il y aurait hyperplasie des éléments cellulaires, les cellules endothéliales et les noyaux sont hypertrophiés; enfin, dans un troisième stade, de caséification, il y aurait des lésions de dégénérescence s'effectuant par petits flots.

Enfin, ici, comme dans toute lésion syphilitique, il y a

des lésions vasculaires très marquées : les vaisseaux sanguins ont leurs parois épaissies, leur lumière diminuée; on trouve des lésions d'artérite et de périartérite, et surtout d'endo et de périphlébite. Quant aux vaisseaux lymphatiques afférents, ils présentent souvent des lésions de lymphangite : leur endothélium s'épaissit et s'infiltré de leucocytes.

Quant aux tréponèmes, on les trouve dans la paroi des vaisseaux sanguins et dans leur voisinage et dans les espaces lymphatiques, au voisinage du sinus marginal.

En résumé, le diagnostic de l'adénopathie du début de la syphilis repose sur les bases suivantes : les signes cliniques de cette adénopathie, la présence du chancre caractéristique, les réactions sérologiques, l'apparition des accidents secondaires et, dans les cas douteux, la ponction ganglionnaire et l'examen histologique. Enfin, il ne faut pas oublier que l'ultime moyen de diagnostic réside dans le traitement d'épreuve.

Nous avons voulu, dans ce chapitre, faire une étude de l'adénite syphilitique satellite du chancre, de l'adénite syphilitique primaire. Avant de le clore, rappelons que cette adénopathie survit au chancre, qu'elle appartient par conséquent également à la période secondaire. Mais à ce moment les ganglions satellites du chancre ne sont plus les seuls à être intéressés : il y a eu généralisation de l'infection. L'atteinte ganglionnaire est générale, et ce n'est plus seulement le pli de l'aîne qu'il faut explorer, mais tous les ganglions accessibles, les ganglions des chaînes cervicales, les ganglions mastoïdiens, péri-auriculaires, occipitaux, axillaires, épitrochléens. Ces ganglions sont petits, du volume d'un pois ou d'une noisette, durs, mobiles, roulant sous le doigt; aphlegmasiques, persistant, régressant très lentement. Cette micropolyadénopathie classique de la période secondaire constitue un des signes les plus importants et les plus constants de l'infection syphilitique et peut mettre sur la voie de son diagnostic.

CHAPITRE II

ADENITES SYPHILITIKES INFLAMMATOIRES

Comme nous venons de le voir, l'adénopathie syphilitique de la période primaire et secondaire a des caractères tout à fait particuliers : c'est une adénopathie froide, aphlegmasique, indolente. Elle ne suppure jamais : Ricord avait fait une loi de cette affirmation. Mais, s'il est vrai que cette loi est vérifiée en clinique dans la grande majorité des cas et conserve une valeur que nous ne saurions mettre en doute, il n'en est pas moins vrai qu'elle ne comporte des exceptions. Cette adénopathie froide peut parfois s'enflammer et évoluer vers la suppuration.

Ces exceptions ont été signalées par de nombreux syphilitiques, et la plupart les regardent comme tout à fait exceptionnelles.

Ricord dit que le bubon syphilitique ne suppure qu'en de très rares occasions.

Pour Fournier, également, l'absence de réaction inflammatoire est le caractère majeur; pour lui c'est moins une adénite qu'une adénopathie plastique, un infiltrat ganglionnaire. Cependant, il a observé quelques cas de bubons syphilitiques suppurés, et il en donne les statistiques : « Pour 500 chancres syphilitiques de tout siège observés à l'hôpital, je n'ai rencontré que 8 cas de bubons suppurés (proportion 1,6 p. 100); pour 500 chancres syphilitiques de tout siège observés en ville, je n'ai observé que 3 cas de bubons suppurés : (proportion 0,6 p. 100). »

Bassereau a observé 16 bubons syphilitiques suppurés sur 368.

Turati, sur 493 cas examinés, n'en signale que 3 avec suppuration.

Rollet en a observé 17 sur 320; Robert Melchior, 5 sur 33.

Caucanas, en 1908, dans sa thèse, a rapporté 11 cas de bubons syphilitiques suppurés.

Depuis, rares sont les cas d'adénopathies syphilitiques inflammatoires ou suppurées que l'on trouve signalés et étudiés.

En 1915, le Professeur Gougerot, rapportant une observation de suppuration ganglionnaire d'origine syphilitique, montre qu'en présence d'une adénite inguinale subaiguë ou aiguë, il ne faut pas éliminer d'emblée le diagnostic de syphilis, sous le prétexte que de telles formes d'adénites sont très rares dans cette affection.

En 1921, le même auteur, étudiant les formes d'adénite vénérienne sans porte d'entrée, signale une forme très rare de syphilis sans chancre à bubon suppuré d'emblée syphilitique.

La même année, MM. Audry et Chatelier, étudiant des cas semblables de syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire, signalent des cas d'adénites suppurées.

En 1924, M. Milian a signalé un cas de bubon inguinal syphilitique suppuré, chez un malade ayant eu la syphilis quatre ans auparavant. Il est d'avis que ces adénites de nature syphilitique sont plus fréquentes qu'on ne le croit et sont souvent prises pour d'autres variétés d'adénites suppurées de l'aine, notamment la lymphogranulomatose inguinale.

L'école lyonnaise a signalé également ces derniers temps quelques cas d'adénopathies syphilitiques à réaction ganglionnaire atypique, avec participation des ganglions iliaques. Fumaroli, en 1930, en signale deux cas dans sa thèse. Nous en rapprocherons deux de nos observations.

A Bordeaux, nous avons pu réunir plusieurs cas d'adé-

nites syphilitiques inflammatoires. Le Professeur Petges publiait, en 1927, une observation de « polyadénopathie inflammatoire aiguë syphilitique, avec ramollissement », guérie par le traitement spécifique, et montrait que, malgré leur rareté, il est possible de trouver au cours de la syphilis des adénites à type inflammatoire. Durant ces derniers temps, plusieurs cas d'adénopathies syphilitiques de ce genre furent observés dans le service de la Clinique dermato-vénéréologique; nous avons eu nous-même l'occasion d'observer, pendant que nous étions externe dans le service du Professeur Petges, plusieurs cas d'adénites syphilitiques inflammatoires, sur lesquels il attirait notre attention, nous montrant les difficultés de diagnostic auxquelles donnaient lieu la rencontre en clinique de ces formes atypiques.

Ce sont ces cas que nous nous proposons de grouper dans ce modeste travail, en leur ajoutant les observations déjà publiées qui nous semblent les plus caractéristiques, et quelques autres observations inédites que l'on a bien voulu nous communiquer.

I. — *Considérations générales et pathogénie.*

Pour Ricord, pour Fournier, pour leurs élèves et pour leurs contemporains, la pathogénie de ces bubons syphilitiques inflammatoires, qui font exception à la règle, est simple : l'inflammation et la suppuration sont sous la dépendance d'une infection secondaire partie du chancre. Ricord avait sur ce point une opinion bien arrêtée : « Les différentes causes d'inflammation peuvent traduire à leur façon leur influence spéciale sur les ganglions indurés par la vérole et y provoquer, en dehors de toute action virulente, un travail phlegmasique, susceptible d'aboutir à suppuration. » L'inflammation, constatée à titre tout à fait exceptionnel, est donc un processus surajouté, tout à fait étranger à la syphilis, qui par elle-même est incapable de donner des manifestations de

ce genre. Il qualifie cette inflammation étrangère à la syphilis de « sympathique ».

Quelles sont les causes d'infection du chancre, qui par propagation par voie lymphatique peuvent déterminer une adénite suppurée ? Elles sont multiples, mais toujours dues à une infection secondaire. C'est ainsi qu'on signale, par exemple, que les adénites sous-maxillaires satellites d'un accident primitif de la bouche sont souvent douloureuses et présentent une allure inflammatoire; ceci serait dû à une infection secondaire provenant de la cavité buccale, milieu riche en microbes de toutes sortes.

Pour les chancres génitaux, les causes d'infection secondaire sont nombreuses : phimosis ou paraphimosis, compliqués de balano-posthite, urétrite blennorragique, vulvite, ou simplement malpropreté, application de produits irritants, et toutes causes de rétention des germes banaux des infections pyogènes.

D'autres font intervenir les causes prédisposantes : le terrain, le mauvais état général, la résistance diminuée du sujet.

Certes nous ne mettons pas en doute la réalité de cette étiologie dans de nombreux cas. Mais nous pouvons nous demander cependant si, dans tous les cas, on doit considérer ces adénopathies inflammatoires comme des adénites vulgaires survenant chez un syphilitique, sous l'influence d'une cause absolument étrangère à la syphilis. Le tréponème est-il absolument étranger à la suppuration, comme le croient beaucoup de syphiligraphes, qui, aujourd'hui encore, n'admettent pas qu'en présence d'une adénite volumineuse, inflammatoire, suppurée, on puisse en invoquer la spécificité ?

Il est facile de poser ces questions; il est difficile d'y répondre. Nous nous garderons bien nous-même d'émettre une affirmation, car nous sommes ici dans le domaine de l'hypothèse.

Il est des cas où le chancre est absolument normal, où un examen clinique minutieux ne permet pas d'établir l'existence d'une cause d'infection banale, d'une infection asso-

ciée, des cas où le seul diagnostic possible est celui d'infection syphilitique pure et simple. Et que penser de ces cas de syphilis à bubon suppuré syphilitique d'emblée, sans chancre porte d'entrée, qui ont été signalés ?

Pourquoi ne pas admettre l'hypothèse que le virus syphilitique lui-même peut être en cause ? Certains syphiligraphes admettent la nature syphilitique des adénites inflammatoires qu'ils signalent. Sur quoi se fondent ces hypothèses ? « Toute suppuration survenant chez un syphilitique, dit Hallopeau, suppose-t-elle nécessairement une invasion de microbes pyogènes distincts de l'agent syphilitique ? Gauchér a établi le contraire; il a démontré que les arthropaties des syphilitiques suppurent sans que la formation du pus puisse être rapportée à l'intervention d'un microbe autre que le tréponème : or, ce qui est vrai pour les arthropathies doit l'être également pour les autres manifestations de la maladie. » M. Gougerot, dans un cas, a trouvé des tréponèmes dans le pus d'un bubon suppuré.

De plus, dans toutes les observations que nous relatons, nous avons été frappés toujours par un fait : c'est que ces adénopathies inflammatoires, souvent rebelles à tout traitement, cèdent rapidement au traitement antisypilitique. Ce n'est certes pas là une preuve cruciale, et le mode d'action véritable d'un traitement est souvent difficile à interpréter, surtout en cas d'associations morbides; mais l'épreuve du traitement n'en est pas moins un mode de diagnostic avec lequel il faille compter et sur lequel il soit permis d'étayer une hypothèse.

De ce rapide aperçu pathogénique, il résulte que la pathogénie des adénites syphilitiques inflammatoires reste encore actuellement difficile à interpréter, car elle n'est pas scientifiquement démontrée. La plupart des auteurs qui, actuellement, rapportent des cas de ce genre se bornent à signaler le fait et les difficultés de diagnostic. Mais il est permis de penser que dans les cas où une infection surajoutée ne peut pas être mise en évidence, dans les cas où l'on voit l'adénite

perdre ses caractères inflammatoires et reprendre les caractères des ganglions syphilitiques habituels sous l'influence indiscutable d'un traitement antisypilitique énergique, et cela en l'absence de tout autre traitement local ou général, — il est permis de penser, toujours sans prétendre sortir du domaine de l'hypothèse, que dans ces cas-là on peut incriminer la nature purement syphilitique de l'adénite.

Il faudrait également envisager au point de vue pathogénique une question qui intéresse la pathologie générale des réactions ganglionnaires au cours des infections. Quel est le rôle des ganglions, quelle est la signification d'une réaction ganglionnaire intense, y a-t-il un rapport entre l'intensité de cette réaction ganglionnaire et la gravité de l'infection ? Nous n'insisterons pas sur le rôle des ganglions lymphatiques, qui, en matière de syphilis, se comportent comme vis-à-vis des autres infections, c'est-à-dire en tant que moyens de défense de l'organisme contre l'infection. L'infection syphilitique se fait à partir du chancre par la voie lymphatique jusqu'aux premiers relais ganglionnaires; c'est là le premier stade de l'infection. Dans un deuxième stade, l'infection se propage en suivant le système lymphatique, en même temps qu'elle se généralise par voie sanguine.

Y a-t-il un rapport entre la gravité de la syphilis et l'intensité de l'adénopathie ? Il est logique de penser que, au cours d'un processus infectieux, plus la réaction ganglionnaire est marquée, moins grave sera l'atteinte de l'organisme.

Certains syphiligraphes ont voulu en déduire des indications pronostiques pour l'évolution ultérieure de la syphilis. Une adénopathie intense correspondrait à une syphilis bénigne, au contraire une adénopathie peu marquée serait l'indice de formes plus graves.

Mais il faudrait bien se garder de faire de ces constatations une loi, car, pratiquement, il n'en est pas toujours ainsi, et la théorie se trouve souvent mise en défaut.

Nombreux, en effet, sont les cas de syphilis tout à fait

bénigne s'accompagnant d'une minime réaction ganglionnaire, et, en revanche, de syphilis maligne, coïncidant avec une réaction ganglionnaire très marquée. Pour certains, ce serait même la règle.

En tout cas, le système lymphatique, moyen de résistance de l'organisme vis-à-vis de l'infection et voie de propagation de l'infection, semble se comporter dans bien des cas comme un simple témoin de l'infection. Les ganglions ne réagissent pas de la même façon à des infections d'égale intensité. Aussi ne faut-il pas attribuer une signification pronostique absolue aux adénopathies de la période primaire et secondaire de la syphilis, car il n'y a pas de relation exacte entre l'intensité de la réaction ganglionnaire et la gravité des accidents ultérieurs.

II. — *Observations.*

OBSERVATION I.

(MM. H. GOUGEROT et P. DA SILVA De Rio Branco,
Annales des mal. vénér., 1915, p. 477.)

Suppuration ganglionnaire syphilitique.

X..., 22 ans, contracta à l'étranger des lésions de la verge, que l'évolution montra être des chancres syphilitiques; à son retour en France, dans les délais habituels, apparut dans l'aîne droite une grosseur.

L'examen fait par l'un de nous, le 10 décembre 1913, montra une tuméfaction ganglionnaire dure, tendue, de la grosseur d'une cerise, sans réaction inflammatoire marquée : la peau n'est ni rouge, ni oedématiée, le ganglion n'est que légèrement douloureux. On cherche la cause de cette adénite subaiguë : il n'y a pas de lésions du membre inférieur, ni du périnée, ni de l'anus; pas de blennorrhagie. L'examen le plus minutieux ne révèle qu'une très petite exulcération du sillon balano-préputial sur la face dorsale, de la grandeur d'un grain de chènevis. Cette ulcération a l'aspect

d'une vésicule d'herpès ulcérée et elle est entourée de six petites vésicules flétries. On pose donc le diagnostic d'herpès avec réaction ganglionnaire et l'on porte un pronostic bénin. Le traitement consiste en poudrage des lésions balano-préputiales avec le mélange à parties égales d'alun, tale, oxyde de zinc, et en onction de pommade mercurielle sur l'aine.

Les 12, 13, 14 décembre, l'adénite augmente, atteint le volume d'une noix, prend un aspect plus inflammatoire, devient douloureuse, très tendue, mais la peau à peine rosée n'adhère pas aux plans profonds, l'ulcération semble s'indurer, faisant penser à un accident syphilitique. Mais bientôt, elle devient douloureuse, se creuse et suppure, et autour d'elle quatre des vésicules prennent le même aspect. On pense à un chancre mou ou plutôt à une suppuration post-herpétique, car que serait ce chancre mou qui apparaît plus d'une vingtaine de jours après le contact vénérien ? A plusieurs reprises, on prélève du pus sur lame, et nous sommes surpris de ne trouver aucun microbe dans ce pus; il n'y a pas de bacilles de Ducrey, pas de cocci visibles.

Du 16 au 26 décembre, sous l'influence des bains chauds de permanganate au 1/2.000^e, les ulcérations suppuratives se détergent, sont moins sensibles, mais l'adénite s'aggrave, devient chaude, tend à suppurer; la peau rougit, adhère au ganglion; en un point la suppuration est manifeste, le doigt sent une capsule entourée des parties indurées du ganglion. On reprend de la sérosité des ulcérations et on prélève 2 cc. de pus ganglionnaire en incisant la peau. Tous ces produits sont examinés sur lame et à l'ultramicroscope, ils sont cultivés sur milieux ordinaires et sur gélose ensanglantée, tous ces examens restent négatifs.

Du 27 décembre au 4 janvier 1914, les ulcérations poudrées avec de l'aristol se cicatrisent, mais l'adénite reste ulcérée, suintant un liquide tantôt louche, tantôt clair, et il en sera ainsi durant tout le mois de janvier malgré des traitements divers.

Le 27 janvier, apparaissent des papules croûteuses dans le cuir chevelu, une tuméfaction froide des ganglions rétro-auriculaires, une céphalée intense, surtout nocturne.

Dans les premiers jours de février, nous ne retrouvons plus

trace des lésions balano-préputiales; les papules croûteuses du cuir chevelu ressemblent de tous points à des syphilides secondaires, les ganglions rétro-auriculaires ont les caractères des adénites secondaires généralisées, mais on ne note et on n'a jamais noté d'autres signes de syphilis; pas de roséole, pas de plaques muqueuses, pas de micro-poly-adénopathie; néanmoins, le diagnostic n'est guère douteux, et la séro-réaction de Wassermann faite aussitôt est totalement positive.

Il était donc certain que le malade était en période de syphilis secondaire, et il y avait tout lieu de penser que les lésions balano-préputiales avaient été la porte d'entrée de cette syphilis. Mais que représente l'adénite subaiguë, inflammatoire, suppurée, douloureuse, avec ulcération persistante, dont le suintement restait « aseptique », malgré des examens répétés ? A ce moment, le ganglion reste gros, dur, douloureux, du volume d'une noix, la peau est ulcérée, rouge violacé, adhérente, l'ulcération ovale de 6 sur 12 millimètres est assez profonde, laissant sourdre quelques gouttes de séro-pus « amicrobien »; la palpation montre que non seulement la peau est adhérente, mais que le ganglion est entouré d'une sorte de gangue inflammatoire.

Cette adénite est singulière :

Ce ne peut être une suppuration banale post-herpétique, puisque les examens ne montrent aucun microbe pyogène et que l'évolution se prolonge.

Ce n'est pas une adénite chancrelleuse puisqu'on ne trouve pas de bacille de Ducrey.

Ce n'est pas une mycose génitale, car les cultures sur milieux sucrés restent négatives.

Est-ce une adénite tuberculeuse ? L'évolution en a été trop rapide et « chaude ».

N'est-ce pas plutôt une adénite syphilitique suppurée ? Mais ces faits sont si exceptionnels qu'on doit douter de ce diagnostic jusqu'à la preuve du traitement.

Le malade est donc soumis au traitement combiné : frictions mercurielles, ingestion d'iodure et d'hectiné. Très rapidement, tous les symptômes s'améliorent et guérissent; la céphalée, très

violente, disparaît en huit jours, le ganglion se résorbe et se cicatrise en une quinzaine de jours, les papules du cuir chevelu guérissent en vingt à vingt-cinq jours. Cette rapide guérison d'une adénite persistante — sous l'influence du traitement antisypilitique — apporte la dernière preuve de la nature syphilitique de cette lésion.

Le malade, soumis à un traitement intermittent régulier, ne présente plus d'accidents (fin juillet).

OBSERVATION II (Résumée).

(M. H. GOUGEROT, Société médicale des hôpitaux, séance du 18 nov. 1921; *Annales des mal. vénér.*, 1922, p. 17.)

Syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique.

Un étudiant en médecine nous conduit, le 10 février 1913, son frère, étudiant en chirurgie dentaire, parce qu'il souffre depuis douze jours d'un bubon subaigu qui, la veille, s'est ulcéré.

L'aspect est celui d'une adénite chancrelleuse : peau rouge violacé, ulcération étroite à bords décollés, ganglions empâtés de périadénite douloureuse.

Immédiatement, nous demandons la date du chancre mou porte d'entrée; le malade et son frère affirment qu'il n'y en a pas eu; nous cherchons et nous ne trouvons aucune trace, aucune cicatrice; nous ne nous en étonnons pas, connaissant le bubon chancrelleux sans chancre mou porte d'entrée.

La recherche du bacille de Ducrey est négative. Une auto-inoculation au bras avec le pus suspect est négative.

L'examen de la partenaire pratiqué montre des érosions buccales suspectes; elle avoue être spécifique. Sa séro-réaction est positive. De même, la séro-réaction du malade pratiquée est positive le 1^{er} mars.

« Le même jour, nous recherchons les tréponèmes dans le pus; il n'y en a pas (car ils sont lysés par le pus), mais dans la sérosité de grattage du ganglion, nous en découvrons trois indiscutables;

nous aboutissons donc au diagnostic si discuté de « syphilis sans » chancre, à bubon suppuré syphilitique. »

Par une étude bactériologique poussée, on arrive à éliminer les diagnostics de : mycose, tuberculose subaiguë, adénite gonococcique, suppuration banale due à des pyocoques vulgaires, lymphogranulomatose inguinale.

E. M. Gougerot conclut :

« Jusqu'à preuve du contraire et en raison de cette étude bactériologique, je maintiens le diagnostic de syphilis sans chancre et à bubon suppuré syphilitique. Ces adénites suppurées syphilitiques étant exceptionnelles, mais signalées, je réinsiste pour que le traitement soit institué.

» Mon malade ne veut pas admettre mon diagnostic et disparaît le 5 mars.

» Or, il revient au début d'avril, repentant et persuadé; il présente en effet le tableau complet de l'explosion secondaire; vers le 15 mars, il s'aperçut de la roséole et, ne voulant pas encore y croire, il attendit les plaques muqueuses qui apparurent fin mars. Le traitement est enfin commencé, son frère lui injecte du 606, et deux piqûres de 0,20 et 0,30 centigrammes suffisent à cicatrifier l'adénite en seize jours et à faire disparaître les accidents secondaires. »

OBSERVATION III.

(M. le Professeur PETGES et M. LECOULANT,
extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mai 1927.)

Polyadénopathie inflammatoire aiguë syphilitique avec ramollissement (1).

X... (Augustine), 20 ans, danseuse et prostituée, avait déjà séjourné du 9 juin au 6 août 1926 dans le Service de salubrité

(1) La malade dont le cas est relaté dans cette observation présentait en outre une ostéopériostite frontale et temporale, qui est rare surtout au début de la période secondaire. Nous ne relatons que la partie de l'observation concernant l'adénopathie.

pour métrite et urétrite gonococciques, mais n'avait pas encore contracté la syphilis. Sa réaction de Bordet-Wassermann était négative.

Hospitalisée de nouveau le 26 février 1927, avec le diagnostic de syphilis, elle est, en effet, porteuse d'une roséole syphilitique généralisée caractéristique.

Elle présente des plaques opalines, et érosives au niveau de la gorge et une polyadénopathie cervicale, axillaire, épitrochléenne, du type syphilitique secondaire classique.

Au niveau des régions inguinales, il existe des deux côtés une adénopathie, caractérisée par une masse plus grosse qu'un gros œuf de poule, formée de plusieurs ganglions gros comme des noisettes ou des noix, adhérents les uns aux autres et difficiles à individualiser dans une zone enflammée de périadénite. Cette masse est bosselée, irrégulière, de couleur rouge violacé au niveau de certaines de ces bosselures, qui sont nettement fluctuantes et prêtes à s'ouvrir. Il n'existe pas d'adhérences avec les plans profonds, et cette masse est mobile, mais l'ensemble est adhérent à la peau. La palpation, la pression, provoquent des douleurs vives, et la malade souffre spontanément d'une douleur sourde. Il n'existe pas d'adénopathie de la fosse iliaque interne.

L'examen attentif de la région génitale ne permet pas de noter l'existence de lésions susceptibles de provoquer cette adénopathie inflammatoire fluctuante.

Le col utérin œdématisé est le siège d'une ulcération superficielle saillante, de couleur rouge, en segment de cercle, sur la lèvre antérieure.

Il n'existe pas d'ulcération anale.

La malade, fatiguée, pâle, amaigrie, souffre d'une légère céphalée, constante, sans exacerbations nocturnes.

Il n'existe aucune lésion osseuse, ou d'autres tissus.

La réaction de Hecht-Sabrazès-Eckensein est positive (+ + + +).

La réaction de Vernes donne une densité optique de 125.

Le diagnostic de syphilis secondaire n'est pas discutable et s'impose en présence de cette roséole, des plaques muqueuses, de la polyadénopathie, de la réaction de Hecht.

L'interprétation de cette adénite et de cette périadénite inguinale tendant à s'abcéder et fluctuante est plus difficile. Ses caractères inflammatoires, avec sa couleur violacée, sa fluctuation en petites masses isolées, ont tout d'abord fait penser, malgré sa rareté chez la femme, à une lymphogranulomatose de Nicolas et Favre, bilatérale.

En l'absence de toute cause d'infection locale, génitale, cutanée, anale, ou des membres inférieurs, l'hypothèse d'une adénite aiguë banale ou chancernelleuse est écartée.

La malade est alors immédiatement mise en traitement et reçoit, du 26 février 1927 au 4 mars 1927, 6 injections intraveineuses de cyanure de mercure à la dose quotidienne de 1 à 2 centigrammes.

Aucun traitement local n'est dirigé contre l'adénopathie inguinale, dont l'évolution doit être observée. Ensuite, du 4 au 16 mars 1927, il est pratiqué par la voie intraveineuse des injections de novarsénobenzol Billon, aux doses respectives de 15, 30, 45, 60 centigrammes. Dès la deuxième injection, l'adénite et la périadénite inguinale bilatérale paraissent s'améliorer, la fluctuation diminue, la masse est moins volumineuse.

Le 24 mars 1927, l'adénite inguinale est en voie de guérison : diminution progressive de volume, disparition de la couleur rouge violacé, de la douleur spontanée et à la pression. Elle reprend peu à peu le type classique de l'adénopathie syphilitique secondaire.

L'idée d'une lymphogranulomatose a été complètement repoussée dès la troisième injection de novarsénobenzol.

Il s'agit bien d'une adénopathie syphilitique rétrocedant sous l'influence du traitement arsénobenzolé, après avoir évolué vers le ramollissement et la suppuration.

OBSERVATION IV.

(M. MILIAN, *in* thèse de MAURIN.)

! *Adénopathie suppurée syphilitique.*

S..., 27 ans, homme.

Chancre à 23 ans ayant duré un mois et suivi de plaques muqueuses de la bouche. La syphilis ne fut pas traitée.

Le 13 septembre 1902, cet homme vient à la clinique pour des lésions fistuleuses du cou, de la région de la clavicule gauche et une ulcération profonde de la joue. Ces lésions ont tout à fait l'apparence « d'écrouellès » et ont été soignées en ville et dans différents hôpitaux par l'iodoforme, les grattages et l'huile de foie de morue, sans aucun bénéfice d'ailleurs.

Des lésions ulcéreuses de la face muqueuse de la joue font instituer le traitement spécifique sous forme de piqûres d'huile grise. Au bout de six semaines de traitement, tout est guéri.

Un cobaye inoculé avec le pus des fistules n'est pas devenu tuberculeux.

OBSERVATION V (Résumée).

(M. MILIAN, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 13 nov. 1924;
 Rev. franç. de dermat. et vénéréol., juillet-août 1931.)

Bubon inguinal syphilitique suppuré.

Il s'agit d'un malade qui, un mois après un écoulement urétral dont la nature n'est pas précisée, fait une volumineuse adénite inguinale suppurée, d'où la ponction retire à plusieurs reprises des quantités notables de pus. Mis au repos, au pansement et aux ponctions, ce malade ne montre aucune tendance à guérir. Au bout de trois mois, malgré un drainage filiforme, l'adénopathie persiste encore.

Or, ce malade a contracté la syphilis quatre ans auparavant, et il s'est soigné seulement trois mois, au moment du chancre.

On institue un traitement par les injections intraveineuses de novarsénobenzol, et en un clin d'œil apparaissent les phénomènes de guérison; en moins de quatre semaines, la volumineuse masse se résorbe.

Tous les examens microscopiques et sérologiques avaient été négatifs, ainsi que les auto-inoculations et cuti-réactions.

Discutant le diagnostic étiologique, M. Milian élimine gonocoque, pyogènes banaux, bacille de Koch, et ne retient que le tréponème.

OBSERVATION VI (Résumée).

(MM. GATÉ et GIRARD, Réunion dermatologique de Lyon,
19 déc. 1929.)

Adénopathie syphilitique inguinale et iliaque atypique.

Cette observation concerne un malade qui est hospitalisé le 24 septembre 1929, pour une ulcération du sillon balano-préputial, qui ne présente pas de caractères typiques.

Dans la région inguinale droite, on trouve des ganglions tuméfiés, légèrement inflammatoires, douloureux.

En outre, dans la fosse iliaque, du même côté, la palpation montre l'existence d'une masse dure, du volume d'une mandarine, douloureuse, immobile, semblant fixée à la paroi.

La réaction de Wassermann est légèrement positive au début, mais par la suite elle se montra négative.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

En présence de cette symptomatologie, on hésite sur le diagnostic.

Le malade, quittant le service à ce moment-là, est revu le 15 novembre 1929. A ce moment, il présente une ulcération herpétiforme de la verge siégeant sur la cicatrice du chancre précédent.

L'adénopathie inguinale persiste, inflammatoire, douloureuse. L'adénopathie iliaque est toujours volumineuse, douloureuse, fixée.

Une intradermo-réaction à l'extrait glycéринé de ganglion lympho-granulomateux est positive. Toutes les autres réactions sont négatives.

En présence des caractères de l'adénopathie et de l'intradermo-réaction positive, on pose le diagnostic de maladie de Nicolas et Favre.

On institue alors un traitement par le sulfate de cuivre colloïdal; mais à ce moment apparaît une roséole typique, qui tranche définitivement le diagnostic.

OBSERVATION VII (Résumée).

(M. GATÉ, in thèse de FUMAROLI.)

Adénopathie syphilitique inflammatoire.

R... (Claudius), âgé de 60 ans, est hospitalisé le 28 décembre 1929, pour une ulcération suspecte de la verge, qui a tous les caractères d'un chancre syphilitique caractéristique.

Du côté des ganglions, au niveau du pli inguinal gauche, l'inspection montre une véritable tumeur, s'étendant sur les deux tiers internes de la longueur du pli.

C'est une masse de consistance dure, constituée par plusieurs éléments soudés les uns aux autres, avec péri-adénite, l'ensemble étant légèrement inflammatoire.

La nature indiscutable de l'affection fait mettre le malade au traitement antisiphilitique par injection de novarsénobenzol. On pratique une série complète.

Le 30 janvier, le chancre a disparu complètement. De jour en jour, l'adénopathie inguinale s'est résorbée. Elle a diminué des trois quarts de son volume et est à peine perceptible le 8 février.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(MM. J. GATÉ, P. CULLERET et TIRAN, Réunion dermatologique de Lyon, 17 déc. 1931.)

Adénopathie inguinale monoganglionnaire, avec découverte du tréponème dans le suc du ganglion ponctionné. — Bordet-Wassermann très positif. — Syphilis sans chancre (?)

K... (Ardalian), est hospitalisé le 23 novembre 1931 pour une adénite inguinale gauche de nature suspecte.

A l'examen, on trouve, plaquée contre l'arcade crurale, une saillie du volume d'un œuf de pigeon, occupant la partie interne du pli inguinal gauche. Les téguments qui la recouvrent sont un peu rouges. Elle est de consistance ferme, et la palpation est nettement douloureuse. Il s'agit manifestement d'une adénite inguinale monoganglionnaire d'allure inflammatoire, avec légère périadénite.

On ne trouve aucune lésion cutanée ou muqueuse des organes génitaux, aucune lésion anale. L'examen général est négatif.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative, de même que la réaction de Frei.

Une ponction du ganglion permet de retirer un liquide hémattique, dans lequel on met en évidence de nombreux tréponèmes typiques (coloration Fontana-Tribondeau).

La réaction de Wassermann est très positive dans le sang.

Dès le 5 décembre, le malade reçoit des injections intramusculaires de bismuth oléo-soluble. Après six injections, l'adénite est très modifiée : les phénomènes douloureux ont très vite rétrogradé, et le volume du ganglion a rapidement diminué.

Les auteurs insistent sur cette adénite inguinale syphilitique, monoganglionnaire, d'aspect inflammatoire banal. Ils se demandent, étant donnée l'absence de porte d'entrée constatée, si ce n'est pas là un cas de « syphilis sans chancre ».

OBSERVATION IX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

*Adénite inflammatoire suppurée satellite d'un accident primitif
génital.*

L... (Paul), 39 ans, est traité depuis le 28 juillet 1922 pour un accident primitif typique, nettement induré, qui siège sur le reflet préputial, près du frein et du côté droit. Le chancre a été remarqué une huitaine de jours auparavant et trois semaines après un coït suspect.

Le chancre mesure 4 à 5 millimètres de diamètre. Il est rouge violacé, recouvert au centre d'une couenne diphtéroïde adhérente, un peu douloureux à la pression.

Dans les deux aines, on constate une pléiade ganglionnaire caractéristique de la syphilis. A droite, cependant, un des ganglions est notablement plus volumineux, la peau à son niveau a une teinte rosée; elle semble adhérente au ganglion et présente le phénomène de la peau d'orange. La palpation est nettement douloureuse. On note, en outre, l'existence de ganglions épitrochléens et axillaires augmentés de volume, une céphalée à type vespéral qui date de quatre à cinq jours, quelques douleurs rhumatoïdes et de l'asthénie. L'examen des téguments et de la gorge est négatif.

La réaction de Bordet-Wassermann (Hecht) donne un résultat franchement positif.

Le traitement consiste en 5 injections intraveineuses, quotidiennes, de cyanure de mercure à 1 centigramme, puis, à partir du 2 août, en une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Sous l'influence de la médication, le chancre ne tarde pas à se déterger, et le 17 août sa cicatrisation est complète.

Cependant, en ce qui concerne l'adénite droite, les caractères inflammatoires que l'on avait constatés au début sont allés en s'accroissant malgré l'application de pansements humides. La peau est devenue franchement rouge, nettement adhérente sur les plans pro-

fonds. En raison de la douleur, le malade est très gêné pour marcher.

Le 10 août, le ganglion est devenu nettement fluctuant et on doit l'inciser. Il s'écoule du pus bien lié, rouge brun, en quantité relativement minime par rapport au volume de l'adénite et à l'intensité de la réaction inflammatoire. Par l'incision, on aperçoit une partie du ganglion très augmenté de volume et qui présente une teinte violacée. Au bout de deux ou trois jours, les phénomènes inflammatoires ont rétrogradé; la marche est devenue plus aisée.

Vers la fin du mois d'août, la cicatrisation est achevée.

OBSERVATION X (Inédite).

(Dispensaire de prophylaxie. — Due à l'obligeance
de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Adénite inflammatoire satellite d'un accident primitif.

B... (Henri), âgé de 25 ans, exerçant la profession de manoeuvre, vient consulter, le 17 février, 1932, pour une ulcération suspecte de la verge, apparue il y a trois semaines environ.

On fait le diagnostic de chancre induré typique du sillon balano-préputial.

Mais l'attention est attirée par les caractères de l'adénopathie : le malade est porteur d'une volumineuse adénopathie inguinale gauche, du type inflammatoire, avec empâtement diffus; la peau est rouge et tendue; il existe des douleurs vives spontanément et à la pression.

L'état général est bon; il n'y a rien de particulier à signaler.

Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée se montre positive (+ + + +).

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le malade est mis en traitement : il reçoit une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol aux doses de 15, 30, 45, 60, 75 et 90 centigrammes, les deux dernières doses étant redoublées.

Depuis l'injection de la dose de 45 centigrammes (24 février), l'adénopathie s'est considérablement modifiée, et au début du mois de mars elle a perdu tout caractère inflammatoire. On ne trouve plus à ce moment au niveau de l'aîne que de gros ganglions roulant sous le doigt, libres de tout empâtement, non douloureux.

Aucune autre particularité à signaler depuis.

OBSERVATION XI (Inédite).

(Service de la Salubrité. — Due à l'obligeance
de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Adénite inflammatoire satellite d'un accident primitif du vagin.

P... (A.), âgée de 30 ans, prostituée, entre le 17 février 1930 dans le Service de la salubrité pour un accident primitif pseudo-néoplasique (à type de néoplasme ulcéré) de la partie antéro-supérieure du vagin, s'accompagnant d'une adénite inguinale gauche à type inflammatoire.

Au retour d'un séjour en Espagne, cette femme a passé la visite sanitaire à Bordeaux le 12 février, sans que l'on ait constaté la moindre lésion.

Le 15 février, elle remarque dans l'aîne gauche une petite tuméfaction indolente aussi bien spontanément qu'à la pression. Dans la journée, elle constate des pertes jaunes qui tachent le linge.

Le lendemain, 16 février, la tuméfaction devient douloureuse spontanément et à la pression et surtout à l'occasion du moindre mouvement. La malade reste au repos toute la journée et, dès le lendemain, elle va à la visite, où on constate l'existence d'une adénite inguinale gauche, volumineuse, avec réaction inflammatoire. L'examen génital montre une ulcération de la paroi supérieure du vagin.

Elle est dirigée aussitôt sur l'Hôpital de la salubrité.

A son entrée à l'hôpital, l'examen de l'appareil génital ne montre aucune lésion des organes génitaux externes. Par contre, à l'aide du spéculum, on aperçoit sur la partie antérieure et supérieure du vagin, à 2 ou 3 centimètres de l'isthme, une ulcération de la taille d'une pièce de un franc, aux bords réguliers, légèrement surélevés, à fond rouge légèrement mamelonné, laissant exsuder une abondante sérosité. On ne trouve aucune autre lésion sur toute l'étendue du vagin ou du col utérin.

Au toucher vaginal, l'ulcération, de consistance dure, ligneuse, donne absolument l'impression d'un néoplasme ulcéré, reposant sur une base indurée. Celle-ci s'étend à une certaine distance de l'ulcération.

L'ultra-microscope montre la présence de nombreux tréponèmes.

En ce qui concerne les ganglions, à l'entrée, on constate une volumineuse adénite inguinale du côté gauche, avec réaction inflammatoire, douloureuse spontanément, à la pression, au moindre mouvement, gênant considérablement la malade, qui ne marche que difficilement. La palpation, bien que rendue difficile par la douleur et l'empâtement, permet de constater un gros ganglion, du volume d'une grosse noix, qui paraît être le siège de la réaction inflammatoire; il est entouré de ganglions plus petits, l'ensemble est noyé dans la périadénite.

A droite, il existe une légère polyadénopathie sans caractères inflammatoires.

Le Bordet-Wassermann est douteux à l'entrée; refait le 24 février, il est nettement positif (+ + + +).

La malade a reçu dès son entrée quatre injections intraveineuses de cyanure de mercure à un centigramme. Elle reçoit ensuite une série d'injections de novarsénobenzol (15, 30, 45, 60 centigrammes).

On assiste, au cours du traitement, à la disparition des phénomènes inflammatoires au niveau de l'adénite : diminution de volume, disparition de la douleur. Le 10 mars, ces caractères ont complètement rétrogradé.

Le traitement est troublé par des accidents d'intolérance au novarsénobenzol. On traite alors la malade par l'arsaminol.

Le 3 avril, la malade quitte le service de la salubrité; son chancre vaginal est complètement cicatrisé.

Les observations qui vont suivre concernent toutes des malades hospitalisés dans le service de la Clinique dermatovénéréologique de Bordeaux (Service de M. le Professeur Petges).

OBSERVATION XII. (Inédite).

(Service du Professeur PETGES.)

Adénopathie inflammatoire satellite d'un accident primitif.

L... (Abel), 29 ans, docker. Vient consulter le 27 octobre 1931 et est hospitalisé pour une ulcération suspecte de la verge apparue depuis une quinzaine de jours.

Il présente un état général satisfaisant.

Comme antécédents, on relève un chancre mou présenté il y a trois mois et, actuellement, complètement guéri.

A son entrée, on constate que le malade est porteur d'une lésion de la verge ayant tous les caractères d'un chancre syphilitique : érosion unique, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, siégeant au niveau de la face inférieure du gland, près du sillon balano-préputial, au voisinage du frein, érosion à contours arrondis, à fond lisse, rouge, suintant légèrement, enfin érosion présentant une induration caractéristique.

En outre, l'attention est attirée par une adénopathie inguinale droite présentant des caractères anormaux : la palpation permet de sentir plusieurs ganglions, gros, douloureux, réunis par de la périadénite en une masse grosse comme un œuf de poule, partiellement adhérente aux plans profonds. La palpation est douloureuse. Il n'y a pas de fluctuation, l'ensemble est très dur. La peau est mobile, non altérée dans sa coloration. On dirait une adénite inflammatoire banale qui serait en train d'évoluer vers la fluctuation.

Le malade présente, en outre, des ganglions épitrochléens bilatéraux.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive (+ + + +).

Une intradermo-réaction au Dmelcos est négative (malgré le chancre mou noté dans les antécédents).

Le malade est mis aussitôt en traitement par des injections intraveineuses de novarsénobenzol. Il reçoit 15, 30, 45, 60, 75 centigrammes.

Le 14 novembre, il quitte le service. La lésion de la verge est complètement cicatrisée. La masse ganglionnaire droite a considérablement diminué de volume : les ganglions sont redevenus mobiles et non douloureux.

Le malade continue à suivre son traitement au dispensaire.

OBSERVATION XIII (Inédite).

(Service du Professeur PETGES.)

Adénite inflammatoire suppurée avec périadénite au cours d'une syphilis datant de six mois.

P... (Alexandre), navigateur, entre dans le service le 20 octobre 1931 pour des lésions de la verge et pour une adénite inguinale droite.

Antécédents. — Il y a six mois, il a présenté une lésion de la verge, pour laquelle il a été pratiqué, à Lisbonne, une réaction de Bordet-Wassermann, qui s'est montrée positive. Il a cessé depuis tout traitement.

Il présente actuellement deux lésions sur la face interne du prépuce : une, d'un demi-centimètre de diamètre, est située au niveau du frein, elle est fissurée, suintante, à bords nets; l'autre, voisine, plus petite, est suintante également, érosive.

Quant à l'adénopathie inguinale droite, elle présente les caractères suivants : c'est une masse volumineuse, grosse comme un œuf de poule, allongée dans le sens du pli inguinal, masse dans laquelle on distingue plusieurs gros ganglions soudés par de la périadénite. La palpation est légèrement douloureuse, la peau est rouge violacé.

On constate en différents endroits des fistules qui semblent en voie de cicatrisation; actuellement, elles ne laissent sourdre aucun pus. Au dire du malade, ces fistules se sont formées il y a une dizaine de jours; elles ont donné issue à une quantité très minime de pus.

Le B.-W. est positif : + + + +.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Une intradermo-réaction au Dmelcos s'est montrée négative.

Le malade, mis au repos, est traité localement par des pansements humides. On institue un traitement par le novarsénobenzol.

Au bout de 3 injections (15, 15, 30 centigrammes), l'adénopathie est considérablement améliorée. On sent encore à la palpation quelques masses ganglionnaires entourées de cellulite, mais mobiles, moins volumineuses. Les fistules qui s'étendaient le long de l'arcade crurale sont complètement cicatrisées.

On continue le traitement spécifique : 45, 60, 75 centigrammes de 914.

Le malade quitte le service le 14 novembre 1931.

A sa sortie, il présentait simplement au niveau de son pli inguinal quelques ganglions à peine perceptibles, durs, non douloureux, en un mot ayant perdu tout caractère inflammatoire.

Il continuera son traitement au Dispensaire.

OBSERVATION XIV (Inédite).

(Service du Professeur PETGES.)

Adénite inguinale inflammatoire au cours d'une syphilis datant d'un an.

M... (Franc), cuisinier. Entre à l'hôpital le 30 octobre 1931.

Antécédents. — A présenté un chancre syphilitique de la verge il y a un an. A présenté, à Saint-Sébastien, une réaction de Bordet-Wassermann positive (+ + + +). Il a reçu à ce moment 3 injections de novarsénobenzol. Il a subi ensuite, aux îles Canaries, une série de 12 injections de Quimby.

Le 12 juin 1931, étant de passage à Bordeaux, une réaction de B.-W. pratiquée au Dispensaire de prophylaxie a été négative. Il a continué depuis à être traité de façon irrégulière. Il a reçu 3 injections de novarsénobenzol suivies de 12 injections d'acétylarsan à Saint-Malo.

Il entre dans le service pour des lésions herpétiformes de la verge accompagnées d'une adénite inflammatoire à siège inguinal.

Le début des lésions de la verge remonte en août 1931, époque où, aux dires du malade, il constata l'apparition de boutons prurigineux n'ayant pas succédé à un rapport sexuel. Ces lésions ont été traitées par des lavages et des pommades diverses. Ces lésions se sont améliorées, aux dires du malade, depuis une quinzaine de jours. L'adénite inflammatoire, douloureuse, est apparue depuis quelques jours seulement.

Actuellement, sur le fourreau, au niveau de l'orifice balano-préputial, on constate la présence de plusieurs ulcérations, de la grandeur d'une lentille à une pièce de 1 franc, ulcérations à fond rouge chair, à bords légèrement décollés, suintant légèrement. Sur les premiers pansements, il y avait des traces de pus.

Dans la région inguinale droite, on trouve une masse ganglionnaire importante, de la grosseur d'un œuf de poule, d'allure nettement inflammatoire, douloureuse spontanément et à la pression, non fluctuante. La palpation fait sentir deux masses, dures, fusionnées entre elles.

On note des ganglions épitrochléens et axillaires.

Le malade signale qu'il a contracté la gale il y a quelque temps.

Les examens pratiqués donnent les résultats suivants : La recherche du tréponème au niveau des ulcérations est négative. Le B.-W. est positif (+ + + +).

Une intradermo-réaction au Dmelcos est douteuse.

Le malade est mis au traitement par le novarsénobenzol; il reçoit 15, 30, 45, 60 centigrammes.

Le 14 novembre 1931, la masse ganglionnaire a perdu son caractère inflammatoire, elle a diminué de volume. A l'endroit où se

trouvait la tumeur, la palpation permet de sentir trois ganglions, durs, mobiles, indolores, de la grosseur d'une grosse noisette, tendant par conséquent à prendre les caractères de l'adénite syphilitique banale.

Le malade quitte le service.

L'interprétation de cette adénite est assez difficile. Il ne faut pas oublier, en effet, les lésions herpétiformes qui ont suppuré et les lésions de gale que le malade a présentées. On note cependant la guérison rapide de l'adénite au cours des injections de novarsénobenzol.

Il continuera son traitement au dispensaire.

OBSERVATION XV (Inédite).

(Service du Professeur PETGES.)

Polyadénopathie inguinale inflammatoire au cours d'une syphilis secondaire. — Adénopathie iliaque atypique.

M... (Stéphan), 27 ans, manoeuvre, entre à l'hôpital le 14 janvier 1931, en pleine poussée de syphilis secondaire.

Antécédents. — Au mois de décembre 1925, ce malade a été hospitalisé dans le service pour chancre mou et bubon inguinal consécutif. Il a été traité à cette époque par la méthode de Fontan; on en constate encore les cicatrices au niveau du pli inguinal droit. A cette époque : B.-W. négatif. Il est sorti parfaitement guéri de son bubon.

Actuellement, il présente des syphilides papuleuses caractéristiques siégeant au niveau du tronc, de la racine des membres, du visage et du fourreau de la verge. Au niveau de l'orifice préputial, on constate des syphilides érosives.

On n'a pas de renseignements précis sur l'évolution de ces lésions ni sur les accidents qui les ont précédées. Mais le diagnostic de syphilis secondaire ne saurait faire aucun doute. D'ailleurs, la réaction de Bordet-Wassermann est positive (++++).

Au point de vue ganglionnaire, on constate la présence d'une volumineuse polyadénopathie inguinale bilatérale, du volume d'une mandarine à gauche, d'une grosse orange à droite, avec périadénite s'étalant tout le long de l'arcade crurale. En outre, des deux côtés, on constate la présence d'une volumineuse adénopathie iliaque, fixée profondément. Il n'y a pas de fluctuation. La peau est rouge à la surface des tuméfactions et présente le phénomène de la peau d'orange.

Il y a des ganglions épitrochléens bilatéraux.

Le traitement est institué aussitôt. On pratique 11 injections intraveineuses de cyanure de mercure, quotidiennes, à la dose de un puis de 2 centigrammes. Le 31 janvier, on commence une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol jusqu'à 75 centigrammes.

Au cours de ce traitement, on assiste, sans qu'aucun traitement local ait été institué, à une amélioration considérable des adénites inguinales et iliaques. Les tumeurs sont complètement affaissées; les ganglions, considérablement diminués de volume, sont redevenus mobiles. La peau a repris sa coloration normale.

Exit le 17 février 1932.

Il continuera son traitement au Dispensaire.

OBSERVATION XVI. (Inédite).

(Service du Professeur PETGES.)

Adénopathie inflammatoire, inguinale et iliaque, au cours d'une syphilis primaire et secondaire.

S... (Fernand), 38 ans, chaudronnier.

Entre à l'hôpital le 4 octobre 1931, pour un chancre et une adénopathie datant de deux mois environ et une éruption généralisée datant d'une semaine.

L'histoire de ce malade est la suivante :

En juin 1931, quinze jours après un rapport, il a vu apparaître deux ulcérations du reflet préputial, qu'il a prises pour des écorchures sans importance. Elles s'accompagnèrent rapidement d'un

phimosis inflammatoire serré, qu'il traitait par des injections sous-préputiales d'eau oxygénée.

Ce phimosis lui valait à chaque rapport des excoriations du prépuce. En août dernier, il contracte ainsi une lésion qui ne guérit pas dans le même délai que les autres. Il s'agit d'une fissure du bord préputial qu'il soigne à l'eau bleue et avec une pommade donnée par un pharmacien. Son phimosis est devenu irréductible.

Au début du mois de septembre, il remarque, un matin, l'apparition d'une petite tumeur de l'aîne gauche qui croît dans les semaines suivantes.

Dans la dernière semaine de septembre, apparaît une éruption généralisée au tronc, aux membres et à la face. En même temps, il est obligé de s'aliter, en proie à des céphalées très pénibles et à une fièvre à 38 degrés.

Tous ces phénomènes le décident à venir demander son hospitalisation.

A son entrée à l'hôpital, on constate les symptômes suivants : Le phimosis est irréductible; le prépuce, allongé, ne découvre pas le gland. On constate un léger suintement au méat préputial, dont les bords apparaissent rouges. On sent à la palpation une petite masse circulaire indurée au niveau du sillon balano-préputial, vestige d'un chancre induré.

En outre, le malade se trouve en pleine éruption généralisée de syphilides papuleuses et croûteuses, très intenses, sur le tronc, les membres et la face.

L'état général est affecté : température à 38 degrés à l'entrée, redevenue d'ailleurs rapidement normale, céphalées pénibles, langue saburrale, amaigrissement, rate non palpable, mais perceptible.

Au point de vue ganglionnaire, dans l'aîne gauche, il existe une grosse masse ganglionnaire du volume d'un gros œuf de poule, masse polylobée, très dure, mobilisable en masse, douloureuse au toucher; la peau est rouge vif, la périadénite est très marquée. En outre, dans la fosse iliaque du même côté, on sent une tuméfaction à surface inégale, fixée dans la profondeur, du volume du poing, non douloureuse.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive (+ + + +).

Le malade est mis aussitôt au traitement spécifique. Il commence par recevoir 5 injections de cyanure de mercure à la dose de 1 centigramme, puis 4 injections de novarsénobenzol aux doses progressives de 15, 30, 45, 60 centigrammes.

Le 13 octobre, l'adénopathie inguinale et iliaque a considérablement diminué. On constate la présence dans le pli inguinal de petits ganglions durs et non douloureux. On trouve encore quelques ganglions iliaques profonds.

On continue le traitement, et le malade sort le 20 octobre 1931. Sa roséole s'est complètement effacée.

Ce malade a été revu depuis et n'a plus présenté de réaction ganglionnaire de cet ordre.

OBSERVATION XVII (Inédite).

(Due à l'obligeance de MM. ESQUIER et ESCARTEFIGUE,
médecins de la Marine.)

Adénite inguinale aiguë. — Syphilis sans chancre (?)

F... (M.), âgé de 26 ans. Entre le 19 août 1932 dans le service de chirurgie de l'Hôpital Saint-Mandrier, pour une adénite inguinale de nature indéterminée.

Cette adénite a débuté, il y a dix jours environ, par la présence d'un petit ganglion au niveau de la région inguinale gauche, ganglion qui, depuis, a augmenté progressivement de volume. Il a pu continuer son service jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Antécédents. — On ne note pas d'autre maladie vénérienne qu'une blennorrhagie il y a trois ans. Le malade affirme ne jamais avoir contracté de chancre. On ne constate pas de trace de cicatrice de chancre. Pas de blessure, ni de plaie d'aucune sorte à signaler au niveau des membres inférieurs. Rien du côté de l'anus. Le dernier rapport sexuel remonte à un mois avant le début de l'adénite.

L'examen de la région inguinale gauche montre la présence

d'une tuméfaction arrondie, du volume d'un œuf de poule. La peau est rouge à son niveau. A la palpation, on se rend compte que la masse ganglionnaire est dure, assez bien limitée, n'adhérant pas aux plans profonds, légèrement douloureuse. On ne sent pas de ganglions dans la fosse iliaque interne.

On note une légère température.

Le 25 août, on pratique une ponction exploratrice de l'adénite, ponction qui donne issue à une goutte de pus. L'examen direct montre l'absence de germes, la présence de rares polynucléaires et de nombreux lymphocytes. Les cultures sont négatives.

La formule sanguine ne donne aucun renseignement particulier.

L'analyse d'urine est négative.

Le traitement consiste dans le repos au lit et dans l'application de compresses chaudes.

A la fin du mois d'août, aucune amélioration n'est constatée.

Le 1^{er} septembre, devant la persistance de cette adénopathie, on pratique un Vernes et une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : Vernes (syphilis) : 76; B.-W. très fortement positif (+ + + +).

Le 6 septembre, ces réactions pratiquées à nouveau à titre de contrôle sont encore nettement positives.

Ces examens sérologiques font conclure à l'existence d'une adénopathie de nature syphilitique.

Le 8 septembre, on constate que l'adénite a encore augmenté de volume, est devenue inguino-iliaque, s'entoure de périadénite. Le malade est alors transféré dans le service dermato-vénérologique de l'Hôpital Sainte-Anne.

A son entrée dans le service, on constate que l'adénite inguinale gauche atteint le volume du poing, qu'il y a de la périadénite très importante, que cette adénite est dure, douloureuse, rémittente, paraissant sur le point de suppurer par endroits. La peau est rouge violacé et a perdu sa mobilité.

On ne constate aucune éruption cutanée; les autres ganglions ne sont pas intéressés. A l'examen de la cavité buccale, on note seulement une ulcération cryptique de l'amygdale droite, avec légère adénopathie sous-angulo-maxillaire.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le malade est mis aussitôt en traitement par des injections de cyanure de mercure.

Le 17 septembre, après 7 injections quotidiennes de 1 centigramme, on constate une diminution marquée du volume de l'adénite, la disparition des caractères inflammatoires et la cicatrisation complète de l'amygdale ulcéreuse, avec disparition de l'adénopathie sous-angulo-maxillaire.

Exeat le 17 septembre.

Depuis sa sortie, le malade a continué à subir le traitement : il a eu 11 nouvelles injections de cyanure de mercure. En même temps, on a commencé une série de novarsénobenzol.

Nous avons revu le malade le 1^{er} octobre : l'adénite a complètement rétrocedé; à la palpation de la région inguinale gauche, on ne trouve plus que deux ou trois petits ganglions, durs et indolores, dont le plus gros a le volume d'une noisette. A droite, de petits ganglions d'aspect tout à fait banal. Très bon état général. Le malade continue à suivre le traitement spécifique.

Le cas très intéressant de ce malade, que nous avons pu nous-même observer, tout au moins pour une partie de son évolution, ne manque pas de soulever des problèmes difficiles. On n'a pu déterminer la nature exacte de l'ulcération cryptique de l'amygdale, qui paraissait d'aspect banal.

Ne s'agit-il pas ici d'un cas de syphilis sans chancre, de syphilis à bubon d'emblée, tels qu'on en a signalé? Dans tous les cas, on ne peut que souligner l'action du traitement spécifique sur cette adénopathie.

III. — *Etude clinique.*

Si nous voulons résumer en un tableau clinique les symptômes des adénopathies syphilitiques atypiques, inflammatoires, évoluant parfois vers la suppuration, adénopathies dont nous venons de présenter des observations, nous sommes tout de suite frappé par le fait suivant : ce qui est intéressant, ce n'est pas tant cette symptomatologie elle-même, qui

en somme n'a rien que de très banal, mais c'est le fait que cette symptomatologie est réalisée au cours de la syphilis, c'est-à-dire dans une affection où l'on a l'habitude de décrire des adénopathies présentant une tout autre physionomie.

Ces adénopathies, en effet, ne se présentent-elles pas, au point de vue clinique, comme des adénites aiguës ou subaiguës infectieuses banales ?

Fournier, qui signalait les variétés atypiques d'adénites syphilitiques, distinguait les *gros bubons*, les *bubons conglomérés*, les *bubons inflammatoires*, les *bubons suppurés*. Ce sont là des caractères qui appartiennent aux adénites banales.

Nous avons dans notre première partie décrit les signes des adénopathies syphilitiques normales; il va nous être facile de les reprendre rapidement en leur comparant les signes constatés dans les cas anormaux d'adénopathies inflammatoires.

1° C'est une adénopathie polyganglionnaire, avons-nous dit. Nous retrouvons ce symptôme le plus souvent : bien que dans certains cas l'inflammation puisse être monoganglionnaire (obs. VIII et IX), le plus souvent on retrouve le caractère de multiplicité; ce n'est pas un seul ganglion qui s'enflamme isolément, mais ce sont plusieurs éléments de la pléiade de Ricord, c'est toute la pléiade. Retenons ce caractère, qui peut être important pour distinguer ces adénopathies des adénites banales ou des bubons chancrelleux; les anciens auteurs parlaient de bubon inflammatoire ou de bubon suppuré syphilitique; le terme de *polyadénopathie inflammatoire* (V. obs. III, de M. Petges) nous paraît plus approprié dans la majorité des cas et beaucoup plus précis, car il implique ce caractère de multiplicité qui est si particulier à tous les stades de l'adénopathie syphilitique.

2° C'est, disions-nous, une adénopathie tout au plus moyenne quant à son développement.

Or le premier signe que nous retrouvons dans les cas d'adénite inflammatoire, c'est l'augmentation de volume. Alors que normalement les ganglions sont gros comme des noi-

settes, des olives, des demi-noix, nous avons vu qu'il est des cas où ils peuvent atteindre le volume d'une grosse noix, d'un œuf de pigeon, d'un œuf de poule, le volume du poing même.

3° C'est enfin une adénopathie aphlegmasique, froide, indolente, dure, qui ne suppure jamais.

Donc il n'en est pas toujours ainsi. L'adénite peut s'enflammer, et on voit apparaître des signes fonctionnels : douleur locale, spontanément accusée par le malade, douleur à la pression, douleur à la marche, obligeant le malade à s'aliter, douleur plus ou moins marquée suivant les cas.

Au début, les ganglions restent durs et mobiles, parfois une légère périadénite se manifeste. L'affection peut rester à ce stade, ou même rétrocéder. Il semble que l'on ait affaire à un simple engorgement ganglionnaire, à une adénite aiguë banale non suppurée, qui rétrocède au bout de quelques jours.

Dans d'autres cas, l'adénopathie évolue vers la suppuration. Dans ce cas-là, les caractères inflammatoires ne rétrocedent pas, la périadénite augmente, la peau, rouge violacé, adhère en un point à la masse ganglionnaire, qui elle-même est entourée d'un empâtement diffus et adhère aux plans profonds. Le premier signe de la suppuration est l'apparition de la fluctuation constatée en un point. Le volume de l'adénite a encore augmenté. Le pus peut se faire jour spontanément à l'extérieur, ou bien on est obligé d'inciser l'abcès ganglionnaire. Des symptômes généraux peuvent accompagner ces signes locaux : fièvre, courbature, céphalée, anorexie.

Dans la plupart des cas, nous avons constaté qu'il y avait à la fois adénite et périadénite.

Pour Mauriac, le ganglion lui-même ne suppure pas, le siège de l'inflammation est le tissu cellulaire périganglionnaire. « Le pus, dit-il ne se forme généralement pas en pareil cas dans l'intérieur du ganglion, mais dans l'atmosphère de tissu cellulaire qui l'entoure. Aucun processus d'ulcération ne s'établit dans le foyer, à moins que le chancre infectant ne soit mixte, c'est-à-dire chancello-syphilitique. »

Nous voyons au contraire que, le plus souvent, les ganglions eux-mêmes sont enflammés; que serait cette périadénite se développant autour de ganglions indemnes ?

Mauriac distinguait, à côté de ces adénites où l'inflammation lui semblait siéger dans l'atmosphère cellulaire entourant le ganglion, des cas sans caractère marqué d'inflammation, où l'adénite évolue vers un ramollissement à marche lente; à peine douloureuse, elle peut adhérer à la peau et s'ouvrir à l'extérieur. Elle peut également se résorber spontanément. Si on incise l'adénite, il en sort un pus séreux, qui n'est pas d'inflammation franche. Pour Mauriac, il y aurait là « une espèce de nécrobiose interne », semblable à celle qui est commune dans les lésions gommeuses.

Nous pouvons nous demander si, dans ces cas-là, il ne s'agit pas de formes subaiguës sans évolution franche vers la suppuration, ou bien de fonte gommeuse chez des syphilitiques anciens.

Il est intéressant de noter que tout récemment des auteurs allemands ont signalé des faits semblables à ceux signalés par Mauriac. Unterkicher a trouvé une nécrobiose aseptique au niveau de ganglions syphilitiques ramollis, et Finsterlin, étudiant des ganglions suppurés, a constaté que le ramollissement intéresse le centre du ganglion et qu'il reste entouré par un anneau de tissu ganglionnaire induré. Cette nécrobiose aseptique pourrait, dans certains cas, évoluer vers la suppuration. Histologiquement, il est d'avis que le ramollissement est dû au fait que les capillaires se trouvent comprimés par l'infiltration ganglionnaire, de sorte que le centre du ganglion n'est plus suffisamment nourri et se trouve être le siège d'une nécrobiose aseptique.

Pour nous, n'ayant pas fait de recherches à ce sujet, et désirant nous placer avant tout sur le terrain de la clinique, nous nous contenterons d'ajouter les remarques suivantes concernant les signes et l'évolution des adénites inflammatoires syphilitiques. Comme nous l'avons vu, elles empruntent les symptômes des adénites banales et peuvent en pré-

senter les modalités diverses : inflammation simple, suppuration, avec ou sans périadénite.

Nous insisterons seulement sur quelques points particuliers, qui, sans être caractéristiques de ces adénopathies, ne leur en donnent pas moins une physionomie assez personnelle, du moins si nous nous en rapportons aux cas observés.

Nous avons déjà insisté sur le caractère de polyadénopathie. Il faut noter, en outre, que le plus souvent l'adénopathie n'arrive pas à suppuration. La masse reste dure, on s'attend à voir apparaître la fluctuation, mais elle ne se produit pas. Dans les travaux déjà anciens qui s'occupaient de la suppuration des adénites syphilitiques, l'ouverture de l'adénite était considérée, au contraire, comme l'éventualité la plus fréquente. Mauriac dit : « L'abcès s'ouvre spontanément, puis l'évacuation du pus ayant continué pendant quelques jours, la réparation commence et marche avec rapidité. » De même, Caucanas indique, dans sa thèse, que « l'ouverture de l'abcès ganglionnaire est la règle, soit qu'elle se fasse spontanément, soit qu'un médecin la provoque d'un coup de bistouri », et il ajoute : « il y a résolution spontanée dans quelques cas, ouverture avec évacuation de pus chez la plupart des malades ».

Fournier, du reste, n'est pas de cet avis et considère que, dans de nombreux bubons syphilitiques arrivés à suppuration, le pus peut encore se résorber.

Dans nos observations inédites, nous avons vu rarement l'adénite suppurer et le pus se faire jour à l'extérieur. Dans les observations X et XIII, la suppuration s'est produite, mais chaque fois on a constaté que son abondance était minime, par rapport au volume de la masse ganglionnaire et à l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Donc : adénopathie inflammatoire, duré, multilobée, évoluant rarement vers une suppuration franche et abondante, donnant dans ce dernier cas issue à une petite quantité de pus : voilà autant de caractères à signaler.

Ajoutons que l'évolution est rapide et que, sous l'influence du traitement spécifique, en quinze jours on voit l'adénite rétrocéder, en l'absence de tout traitement local. Le rôle du traitement paraît donc avoir une influence très nette sur l'évolution de l'adénite, que l'on voit s'améliorer nettement dès les premières injections de novarsénobenzol ou de cyanure de mercure. On peut supposer que, dans de nombreux cas, c'est le traitement antisypilitique qui empêche l'adénite d'arriver à suppuration, éventualité qui était plus fréquente dans les observations rapportées par les auteurs à une époque où le traitement antisypilitique était moins actif.

L'évolution se fait donc vers la guérison, et celle-ci une fois obtenue on constate que les ganglions ont repris les caractères d'une adénopathie syphilitique normale.

IV. — *Formes.*

Nous venons de montrer quels sont les symptômes et l'évolution des adénites syphilitiques à caractères inflammatoires. Nous allons, à propos de faits signalés dans nos observations, passer rapidement en revue certaines formes rarement rencontrées en clinique et qui peuvent être, dans la pratique, d'un diagnostic très embarrassant. Nous parlerons successivement des cas d'adénites syphilitiques iliaques atypiques, des cas de syphilis à début ganglionnaire d'emblée, et des cas d'adénites syphilitiques tardives.

A. — Adénites syphilitiques iliaques atypiques.

Nous n'avons pas parlé du siège de ces adénopathies syphilitiques inflammatoires; il ne diffère pas naturellement du siège de l'adénite normale. On voit des adénites sous-maxillaires, des adénites inguinales, etc.

Mais en ce qui concerne les adénopathies inguinales, pour des syphilis dont la porte d'entrée se trouve au niveau des

organes génitaux, nous devons attirer l'attention sur un fait rarement observé et qui est relaté dans deux de nos observations : la présence d'une adénopathie atypique iliaque.

L'observation XV relate, au cours d'une syphilis secondaire, l'évolution d'une polyadénopathie inguinale inflammatoire bilatérale et d'une volumineuse adénopathie iliaque, bilatérale également, fixée profondément. Sous l'influence du traitement spécifique, on vit les ganglions diminuer de volume, l'adénite iliaque rétrocéder complètement.

Dans l'observation XVI, l'adénopathie iliaque, également constatée, présente des caractères semblables. Elle est unilatérale et accompagne une adénopathie inflammatoire inguinale. Même résolution sous l'influence du traitement antisiphilitique.

On sait que, normalement en présence d'un chancre de la verge, l'adénopathie satellite est constituée par les ganglions inguinaux; les ganglions iliaques ne sont pas intéressés, pas plus que les autres ganglions de l'économie, du moins cliniquement.

Anatomiquement, en effet, peut-être n'en est-il pas de même. Fournier déjà se demandait si le retentissement du chancre s'arrête toujours au premier relais ganglionnaire, et il signalait des cas où, sur des sujets morts de maladie intercurrente au cours de syphilis primaire, il avait trouvé des ganglions intéressés au delà des pléiades inguinales : il parle de pléiade iliaque et signale dans un cas un ganglion gros comme une châtaigne.

Cliniquement, les cas où l'on constate une adénite iliaque volumineuse sont une rareté.

M. Gaté, en 1929, à la Société de dermatologie de Lyon, a signalé un cas semblable, dont Fumaroli a rapporté l'observation dans sa thèse en 1930, observation accompagnée d'un autre cas semblable de syphilis primaire d'origine génitale, avec adénopathie iliaque atypique.

De pareilles localisations, très rares en clinique, puisque pour notre part nous n'avons pas rencontré d'autres cas sem-

blables qui soient signalés dans la littérature, doivent être connues. Il est probable d'ailleurs qu'un examen plus approfondi des régions inguino-iliaques permettrait de mettre en évidence de pareilles adénopathies de façon plus fréquente. Dans le Service de dermatologie, M. Petges nous a montré à plusieurs reprises qu'on pouvait, par une palpation attentive, percevoir des ganglions iliaques accompagnant une adénopathie inguinale syphilitique, et cela même dans des cas où cette adénopathie ne présentait pas de volume anormal ni de caractères inflammatoires. Si l'on est averti de pareils faits, on ne risquera pas de confondre avec un lymphogranulome inguinal (affection dans laquelle les ganglions iliaques sont toujours intéressés), une réaction ganglionnaire syphilitique atypique rétrocedant sous l'influence du traitement spécifique.

B. — Syphilis à début ganglionnaire d'emblée.

Il nous a paru intéressant de relater dans nos observations (obs. II) un cas de « *syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique* », publié en 1921 par M. Gougerot.

On conçoit que les adénopathies syphilitiques, dont le diagnostic est difficile lorsqu'elles se présentent sous des formes inflammatoires ou suppurées, offrent des difficultés encore plus grandes si aucune porte d'entrée, aucun chancre, n'est constaté.

Existe-il des syphilis sans chancre ? C'est la première question que nous devons nous poser.

Fournier n'admettait que la syphilis conceptionnelle. Certains considèrent que le chancre existe toujours, mais il peut être caché, minuscule, passager, et ce sont ces particularités qui expliquent qu'il soit passé inaperçu.

Pour d'autres, la syphilis acquise sans chancre est une réalité : en dehors de la syphilis conceptionnelle, de l'hérédosyphilis, il existe des cas d'inoculation par voie cutanée ou

muqueuse où le mode d'infection est le même que dans les cas normaux, à cela près qu'il manque le chancre, la porte d'entrée. Le tréponème pénètre à travers la peau ou la muqueuse, l'infection chemine par les lymphatiques à partir du point d'inoculation, jusqu'aux ganglions satellites de ce point. Ainsi s'expliquent les cas de syphilis sans chancre à début ganglionnaire.

Au cours de ces dernières années, plusieurs communications ont été faites à propos de cas de ce genre.

M. Gougerot, dans l'observation que nous rapportons, a pu établir la nature de la syphilis en établissant la chronologie des accidents, en déterminant la date du coït infectant, la date d'apparition de l'adénite inguinale, du Bordet-Wassermann positif, des accidents secondaires. En somme, l'évolution de cette syphilis était tout à fait normale, il n'y manquait que le chancre. Le diagnostic était confirmé par la recherche positive du tréponème dans le suc de grattage du ganglion.

MM. Audry et Chatelier ont également publié, en 1921, des cas semblables de « syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire ». Ils rapportent 5 observations qui se résument ainsi :

1° Un exemple d'érosion insignifiante, jamais chancriforme, accompagnée d'une polyadénite suppurée, et dont la nature syphilitique n'a pu être révélée que par une réaction de Wassermann positive. Traitement antisiphilitique et guérison.

2° Un exemple de balanite érosive typique accompagnée de polyadénite suppurée et d'une réaction de Wassermann positive : guérison rapide par le traitement antisiphilitique.

3° Trois cas de polyadénite suppurée exempts de toute manifestation appréciable d'une porte d'entrée quelconque, et dont la nature n'a pu être reconnue que par la réaction de Wassermann. Traitement antisiphilitique et guérison.

Nous avons nous-même émis l'hypothèse d'une syphilis sans chancre, à adénopathie d'emblée, volumineuse, inflam-

matoire, évoluant vers la suppuration et rétrocedant complètement au cours du traitement antisypilitique, pour le malade de l'observation XVII. Ce n'est là qu'une hypothèse, car de telles observations sont difficiles à interpréter, et de pareils diagnostics prêtent à la critique.

Nous retiendrons cependant qu'à côté des syphilis hémato-gènes primitives, démontrées par l'expérimentation et réalisées cliniquement par l'hérédo-syphilis, les syphilis par transfusion sanguine, etc., il existe des syphilis acquises sans chancre, à début ganglionnaire d'emblée, dont l'existence est admise actuellement par de nombreux syphiligraphes. Au point de vue qui nous occupe, nous retenons la possibilité, parmi ces syphilis sans chancre, de formes particulières où l'adénopathie présente des caractères atypiques, de par son intensité, son allure inflammatoire, son évolution vers la suppuration. Ces formes ne laissent pas cependant que d'être très rares, et dans tous les cas il importe de rechercher avec minutie l'accident primitif, qui peut être caché, minime, « microscopique » même parfois, ou qui peut être confondu avec une lésion banale. Dans tous ces cas où le chancre est absent, la ponction ganglionnaire est d'une grande utilité.

C. — Syphilis ganglionnaire tardive.

Nous avons vu que les adénites syphilitiques inflammatoires se rencontraient chez des syphilitiques soit à la suite du chancre et pendant l'évolution de celui-ci, soit au moment de l'éclosion des accidents secondaires. C'est ce qui s'est produit dans la majorité des cas que nous avons relatés.

La syphilis peut également en période tertiaire produire des localisations ganglionnaires, dont nous devons nous occuper rapidement, bien que ces localisations n'entrent pas directement dans le cadre de notre sujet, puisqu'elles ne sont pas en rapport avec une infection récente à point de départ vénérien, mais qu'elles sont les manifestations d'une infection généralisée déjà depuis longtemps.

Les adénites de la période tertiaire de la syphilis ne sont pas autre chose que la localisation de gommes syphilitiques au niveau des ganglions.

Cette syphilis tertiaire des ganglions lymphatiques n'est pour ainsi dire pas mentionnée par les ouvrages classiques. Fournier, notamment, n'en parle pas lorsqu'il traite de la syphilis acquise.

Dans la syphilis héréditaire tardive cependant, Fournier étudiait la fausse scrofule ganglionnaire et était d'avis que certains cas d'atteintes ganglionnaires étaient dus à la syphilis. MM. Weill, Fabre et Bernheim ont repris dans des travaux récents l'étude des adénopathies scrofuloïdes dans la syphilis héréditaire tardive.

Mais, même dans la syphilis acquise, on peut rencontrer des gommes ganglionnaires. Finger, qui les signale dans son *Traité de la Syphilis*, montre que « ces ganglions s'accroissent lentement, jusqu'à former des tumeurs de la grosseur d'un œuf; ils sont bosselés, durs au début et se ramollissent plus tard; la peau qui les recouvre devient adhérente, rouge; la tumeur se rompt et fait irruption au dehors. Les parties où la peau est perforée peuvent servir de point de départ à de nouvelles gommes cutanées et à de nouvelles ulcérations. Il n'est pas rare de rencontrer des ulcérations de la peau dans les régions inguinales, axillaires, cubitales, ulcérations produites par des lésions gommeuses des ganglions. »

M. Jeanselme, en 1924, dans un article consacré à l'étude de la syphilis ganglionnaire, où il relate des observations, est d'avis que les adénites gommeuses ganglionnaires sont plus fréquentes qu'on ne croit.

M. Nanta également, à côté de la forme généralisée connue sous le nom de lymphome multiple de Potier (1842), signale la possibilité de gommes localisées, régionales, rares dans la syphilis acquise, fréquentes dans la syphilis héréditaire (« scrofulate de vérole »).

Sans entrer dans l'analyse de tous ces travaux, qui nous éloigneraient trop de notre sujet, et sans vouloir étudier ici

l'association de la tuberculose et de la syphilis dans l'atteinte ganglionnaire, association dont nous dirons un mot en parlant des formes mixtes, nous retiendrons simplement qu'il est possible, que ce soit pour la syphilis héréditaire ou pour la syphilis acquise, de trouver des localisations de la syphilis tertiaire au niveau du système lymphatique et au niveau des ganglions inguinaux en particulier. Cliniquement, les ganglions se tuméfient et se ramollissent, adhèrent au tégument, la gomme se perfore et donne lieu à une ulcération irrégulière, à bords violacés, décollés, donnant issue à un liquide jaunâtre, qui peut devenir puriforme.

M. Milian a signalé, en 1924, la possibilité d'adénites suppurées syphilitiques tertiaires (nous avons reproduit son observation : obs. V), mais évoluant non plus comme une gomme ganglionnaire, mais comme une adénite banale suppurée, avec suppuration franche, en masse, et guérissant par le traitement antisypilitique. L'auteur est d'avis que de nombreux cas d'adénopathies syphilitiques tertiaires *suppurées* sont qualifiés de lymphogranulomatose inguinale et que ces adénopathies sont plus fréquentes qu'on ne croit chez les anciens syphilitiques. Ce serait notamment le cas pour des formes signalées récemment, dont le diagnostic reste indéterminé, mais qui guérissent sous l'effet d'un traitement antisypilitique, à l'iodure de potassium par exemple.

En résumé, que ce soient des gommès ganglionnaires ramollies ou ouvertes, que ce soient des adénites suppurées d'apparence banale, ces formes peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic avec d'autres variétés d'adénopathies inguinales : on pourra être mis sur la voie du diagnostic par la recherche des antécédents spécifiques, par la négativité des autres recherches, le traitement spécifique restant la meilleure pierre de touche.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DES ADENOPATHIES INGUINALES ET ETUDE DES FORMES MIXTES

Le diagnostic des adénopathies inguinales de nature syphilitique est parfois la cause de grandes difficultés, surtout dans les cas où, comme nous l'avons vu, elles évoluent de façon atypique. En présence d'une adénopathie inguinale volumineuse, d'allure aiguë ou subaiguë, ou évoluant vers la suppuration, on conçoit que l'on hésite à porter le diagnostic de syphilis et que toutes les erreurs soient rendues possibles.

Sur quoi doit-on baser le diagnostic ? Tout comme pour une adénite syphilitique normale, sur la notion du chancre, sur les réactions sérologiques, sur l'apparition d'autres signes cliniques de la syphilis, sur la ponction ganglionnaire lorsque celle-ci pourra être mise en œuvre et, en dernier ressort, sur le traitement d'épreuve.

Pour une adénite syphilitique normale, le diagnostic différentiel ne se pose même pas. Il n'en est plus de même ici, où le diagnostic différentiel peut se poser avec toutes les autres affections de l'aîne, surtout dans les cas où les signes concomitants de syphilis manquent ou sont incomplets.

Pour que notre étude soit complète, nous sommes donc amené à étudier rapidement les diverses variétés d'adénopathies avec lesquelles peut être faite la confusion et les moyens de les diagnostiquer.

Désirant étudier uniquement les adénopathies inguinales, nous éliminerons donc les adénopathies symptomatiques d'une affection générale (leucémies myéloïdes et lymphoïdes, lymphadénies, etc.), qui affectent le plus souvent des régions ganglionnaires multiples. Nous ne citons également que pour mémoire les adénopathies de la maladie de Hodgkin, qui sont également le plus souvent généralisées et qui ne pourraient être méconnues que dans les cas très rares, à symptomatologie fruste, tels que celui signalé par Lanzemberg dans sa thèse, où l'affection intéressait uniquement les ganglions inguinaux, se présentant comme une maladie de Nicolas-Favre et où le diagnostic ne put être tranché que par l'examen histologique.

Pour les mêmes raisons et par suite de leur rareté, nous croyons devoir éliminer les bubons pestueux, charbonneux, les adénopathies de la lèpre, les adénites de nature mycosique, sporotrychotique, dont on retrouve généralement la porte d'entrée et dont le diagnostic se fait par les examens de laboratoire.

Nous ne faisons également que mentionner des variétés d'adénites inguinales dont le diagnostic est en général facile à trancher :

a) *Les adénites inflammatoires banales*, dues aux agents habituels de la suppuration, à évolution aiguë et rapide, dont l'étiologie est souvent confirmée par la découverte de la porte d'entrée de l'infection : une érosion, une plaie, une écorchure, une infection cutanée au niveau des membres inférieurs, une écorchure de la verge ou de la région de l'anus;

b) *L'adénite blennorragique*, due tantôt au gonocoque, qui a été parfois mis en évidence dans le pus de l'adénite; tantôt à des infections banales consécutives à de la balanite; adénite blennorragique dont le diagnostic est le plus souvent facile grâce aux signes concomitants d'urétrite et grâce à l'examen bactériologique de l'écoulement.

c) *L'adénite herpétique*, enfin, succédant à de l'herpès génital.

En somme, en présence d'une adénopathie inguinale dont on cherche à déterminer le diagnostic, il faut penser, surtout si l'on en connaît ou si l'on en soupçonne l'origine vénérienne : aux *adénites syphilitiques*, que nous avons étudiées dans leurs diverses formes; à l'*adénite du chancre mou*, à la *lymphogranulomatose inguinale*, sans oublier la possibilité d'une *adénite tuberculeuse*, en raison de sa fréquence et de son association possible à la syphilis.

Dues à des étiologies bien différentes, ces diverses variétés d'adénites peuvent parfois se combiner, et l'on assiste alors à l'évolution de *formes mixtes*, complexes, dues elles-mêmes à une infection mixte et dont le diagnostic peut être ainsi rendu encore plus difficile.

Nous étudierons donc rapidement ces affections, en signalant, pour chacune, quelles sont les modifications que subit le tableau clinique lorsqu'elle se trouve associée à la syphilis.

I. — *L'adénite chancrreuse.*

Le diagnostic du bubon chancrreux est, en général facile, car il présente le plus souvent une physionomie bien caractéristique. Nous nous bornerons à en rappeler les symptômes et l'évolution.

Il succède à un chancre, dont on peut constater la présence, ou que l'on retrouve dans les antécédents du malade, chancre lui-même caractéristique et facile à diagnostiquer le plus souvent. Le bubon peut se produire pendant l'évolution du chancre ou après que celui-ci s'est cicatrisé. De plus, le bubon ne se produit pas fatalement : il n'est qu'une complication du chancre mou; il diffère ainsi essentiellement de l'adénopathie satellite du chancre syphilitique, qui, elle, est fatale.

Cliniquement, c'est une adénite aiguë, évoluant avec tous les signes de l'inflammation, occasionnant souvent des douleurs vives, gênant la marche, obligeant le malade à rester couché. A son plein développement, c'est une adénite volu-

mineuse, monoganglionnaire, accompagnée de périadénite, évoluant dans l'espace de quelques jours vers la suppuration : l'adénite devient fluctuante et elle suppure en masse. La peau s'amincit, s'ulcère, et l'abcès ganglionnaire s'ouvre à l'extérieur. Au bout de quelques jours, l'ouverture n'a pas tendance à se cicatriser, elle prend un aspect caractéristique bien connu; les bords, creusés à pic, se rongent, on dit que l'adénite « se chancrellise ».

FORMES ANORMALES. — M. Gougerot a décrit des *bubons chancrelleux tardifs*, des *bubons chancrelleux chroniques*, formes qui pour certains rentreraient dans le cadre de la lymphogranulomatose inguinale.

On a décrit également une forme spéciale de *bubon chancrelleux de l'aîne sans chancre mou* (Gougerot, Milian), forme que nous pouvons rapprocher des syphilis acquises sans chancre et de l'observation de syphilis sans chancre, à bubon suppuré syphilitique que nous avons rapportée. Il y aurait lieu de se poser ici la même question : y a-t-il absence de porte d'entrée, ou bien le chancre est-il passé inaperçu ? S'agit-il d'un *chancre mou volant*, tout à fait minime et fugace, que connaissaient déjà les anciens auteurs ?

FORMES MIXTES : ASSOCIATION AVEC LA SYPHILIS. — Le bubon inflammatoire du chancre mou se distingue facilement du bubon constant, indolore, aphlegmasique, dur, polyganglionnaire du chancre syphilitique. Le diagnostic est plus difficile dans les cas que nous avons étudiés où l'adénopathie syphilitique affecte une allure inflammatoire.

Le diagnostic peut encore se compliquer du fait de la coexistence relativement fréquente des deux infections chez un même sujet. L'inoculation des deux virus (bacille de Ducrey et tréponème) donne lieu au *chancre mixte*. Si l'inoculation est simultanée, elle donne lieu au *chancre mixte d'emblée*. Le diagnostic peut être relativement facile dans les cas typiques de chancre mixte d'emblée, où l'on assiste à la

transformation du chancre mou, dont l'incubation est courte, en chancre induré, dont l'incubation est plus longue comme on le sait; ou bien même lorsque, le chancre mou étant déjà cicatrisé avant que la période d'incubation de la syphilis soit révolue, on voit se développer sur la cicatrice un chancre syphilitique.

Dans les cas où la nature mixte du chancre est bien reconnue, le diagnostic de l'adénopathie satellite est facile, et l'on ne s'étonnera pas dans ces cas-là de voir coïncider un bubon chancrelleux avec des ganglions durs, mobiles, indolores, ou avec des accidents de syphilis secondaire.

Mais le chancre mixte est souvent difficile à diagnostiquer, et en présence d'une adénite suppurée, on peut facilement méconnaître la syphilis associée.

Le diagnostic peut être encore plus compliqué dans certains cas. M. Gougerot a décrit, en 1921, des cas de *chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée*. « Le malade s'est inoculé à la fois le double virus : bacille de Ducrey et tréponème de Schaudinn, comme le malade atteint d'un chancre mixte classique, mais aucune lésion visible ne marque l'entrée du double virus. Ce double virus traverse la peau ou la muqueuse sans laisser trace de son passage; il envahit l'organisme comme chez le malade porteur d'un chancre mixte : le bacille de Ducrey, suivant les lymphatiques, aboutit aux ganglions, déterminant une adénite chancrelleuse banale, caractéristique, souvent tardive; le tréponème se propage suivant la double voie lymphatique et sanguine, donnant dans les délais habituels, c'est-à-dire soixante à soixante-quinze jours après le coït infectant, l'explosion de syphilis secondaire. Tout est classique, sauf l'absence de chancre mixte porte d'entrée. Toutes les observations de chancrello-syphilis sans chancre mixte sont calquées les unes sur les autres; le malade vient consulter pour l'adénite, qui est devenue douloureuse, ou abcédée, ou fistuleuse, et dont on avait jusque-là méconnu la signification, parce qu'elle était isolée sans chancre mou porte d'entrée... »

M. Gougerot signale des cas d'interprétation encore plus difficile : ce sont des *syphilis secondaires, incomplètes, existant avec une adénite chancrelleuse*. « Ces observations de chancello-syphilis avec syphilis secondaire incomplète, parfois même latente, se réduisant à la séro-réaction positive, donc syphilis atténuées, posent le problème de l'action du virus chancrelleux sur le virus syphilitique. Si, parfois, l'association des deux virus aggrave la syphilis, le plus souvent elle semble atténuer la syphilis, au moins la syphilis secondaire. »

Pour M. Milian, « il existe une forme de chancre mou, le *chancre mou papuleux*, qui n'est que l'expression d'une *symbiose syphilitico-chancrelleuse*, le chancre mou étant syphilitisé par la syphilis antérieure du sujet, comme un traumatisme ou une plaie peut se syphilitiser chez un syphilitique. » C'est ce qu'il appelle le *chancre mixte secundo-tertiaire*. La syphilis latente, connue ou ignorée, s'éveillerait ainsi sous l'influence de la chancrelle et pourrait ainsi se localiser dans la chancrelle ou dans son adénite. M. Milian insiste sur le fait que, au point de vue thérapeutique, il suffit d'instituer un traitement antisyphilitique actif (mercure ou arsénobenzol) pour que l'on voie guérir en quelques jours ces chancres associés. C'est là une manifestation de l'« hétérothérapie ».

MOYENS DE DIAGNOSTIC DE L'ADÉNITE CHANCRELLEUSE.

On voit l'importance de ce diagnostic, que l'infection soit simple ou associée à la syphilis. Le diagnostic se fera naturellement tout d'abord sur les caractères du chancre lui-même et sur l'examen clinique. On pourra le compléter par les moyens suivants, que nous ne faisons que mentionner :

- a) La *ponction ganglionnaire*, pratiquée sur la paroi interne de l'abcès, et recherche bactériologique par examen direct ou après cultures sur différents milieux;
- b) L'*intradermo-inoculation* (ou intra-épidermo-inocula-

tion de Ravaut), pratiquée avec un peu de sérosité retirée du bubon;

c) *L'intradermo-réaction* avec les antigènes chancrelleux de Ito-Reenstierna ou avec le vaccin de Nicolle et Durand (Dmelcos);

d) *Le traitement d'épreuve par le Dmelcos.*

On a signalé des cas où les réactions d'allergie (intradermo-réactions) se sont montrées négatives, en raison de l'association d'une syphilis récente ou mal soignée. Il se passerait dans ces cas-là d'association de syphilis et de chancrelle, ce que nous signalerons à propos des réactions d'allergie dans la maladie de Nicolas et Favre lorsque nous parlerons de cette affection.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le chancre mou; il a été signalé cependant des séro-réactions positives plus ou moins atténuées et passagères, sans que l'on trouve des antécédents syphilitiques. D'où la nécessité de pratiquer des réactions en série.

En cas de chancre mixte soupçonné, il faut pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann avec précaution. Il faut s'assurer d'abord que le malade n'était pas syphilitique déjà et pratiquer pour cela une première réaction le plus près possible du début du chancre simple. Si elle est négative, il faudra pratiquer ensuite des réactions en série, jusqu'à ce qu'elle devienne positive. C'est ainsi que la réaction de B.-W. peut permettre le diagnostic de chancre mixte avant l'éclosion des accidents secondaires. Il faut cependant toujours interpréter ces résultats en les confrontant avec la clinique.

II. — *La lymphogranulomatose inguinale subaiguë.*

La lymphogranulomatose inguinale subaiguë, ou maladie de Nicolas et Favre, se rencontre assez souvent, et son diagnostic est important à préciser. Bien que son agent pathogène soit encore à peu près inconnu, c'est une affection actuellement bien décrite et bien individualisée; aussi ne

ferons-nous que rappeler ici son tableau clinique et les moyens de faire son diagnostic.

Elle succède à une ulcération génitale, l'ulcère vénérien adénogène : simple érosion, minime, cupuliforme, d'une incubation d'une douzaine de jours. Il ne faut pas trop compter sur les caractères de cette ulcération pour faire le diagnostic, car elle est tout à fait passagère et guérit le plus souvent spontanément en quelques jours; et le plus souvent le malade consulte pour l'adénite, l'ulcération ayant complètement disparu.

L'adénite se développe progressivement au niveau de l'aîne. Le plus souvent unilatérale, dure au début de son évolution; elle augmente rapidement de volume. A sa période d'état, elle est constituée par une masse ganglionnaire légèrement douloureuse, de consistance dure, bosselée, car elle est formée par l'agglomération en une seule masse de plusieurs ganglions augmentés de volume et réunis par de la périadénite. La peau est normale à ce moment. On peut mettre en évidence le signe de l'ébranlement ganglionnaire de Favre, en mobilisant toute la masse sur les plans profonds. Signe important, dans la fosse iliaque, la palpation permet de mettre en évidence une masse ganglionnaire, dure également, polylobée.

A sa période d'état, l'affection s'accompagne de signes généraux : fièvre à 37°5, 38 degrés, pâleur, amaigrissement, anémie, rate percutable.

L'évolution est très lente, l'affection peut rester un certain temps à ce stade. Mais l'adénite finit par suppurer. Cette suppuration, caractéristique, est parcellaire, il n'y a pas de fluctuation en masse; la peau, rose violacé, s'ulcère en un point, la petite poche purulente s'abcède, se fistulise. D'autres foyers de ramollissement s'ouvrent également à l'extérieur et les petits pertuis ainsi formés donnent issue à un pus peu abondant, visqueux et glaireux. L'aîne prend l'aspect d'une pomme d'arrosoir. La suppuration est interminable et peut durer de longs mois si elle n'est pas convenablement

traitée. Quant à l'adénite iliaque, elle ne suppure jamais et disparaît spontanément après la terminaison de l'affection. L'évolution se fait par poussées successives. Quand la suppuration finit par se tarir, on assiste à une évolution vers la sclérose de toute la masse ganglionnaire.

Tel est le tableau clinique dans les cas typiques, qui lorsqu'il est réalisé, permet de poser le diagnostic.

Il existe des formes spéciales de l'affection : formes non suppurées et extensives, formes à suppuration rapide et en masse, qui ont été décrites ces derniers temps, mais sur lesquelles les avis ne s'accordent pas.

COMPLEXE DE LYMPHOGRANULOME INGUINAL ET D'ADÉNITE SYPHILITIQUE.

De même qu'on peut assister à l'évolution chez un même sujet du chancre mou et de la syphilis, de même on peut constater la coexistence de la syphilis et du lymphogranulome.

En 1922, M. Spillmann, au I^{er} Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, a signalé les difficultés que peut susciter l'interprétation des lésions génitales et ganglionnaires dans ces cas particuliers d'infection mixte. Le cas signalé par cet auteur était celui d'un malade ayant présenté une lésion génitale d'apparence banale avec adénite inflammatoire, suppurée, ayant tous les caractères du lymphogranulome inguinal. Au cours de l'évolution de l'ulcère adénogène apparurent deux chancres syphilitiques typiques. On peut donc rencontrer en clinique des chancres syphilitiques évoluant au cours d'un lymphogranulome; alors que l'ulcère adénogène est en voie de guérison ou déjà complètement cicatrisé.

Aussi intéressante à ce point de vue est une observation de *complexe de lymphogranulome inguinal de Nicolas et Favre et d'adénite syphilitique primaire et secondaire*, pu-

blée en 1930 par MM. Petges, Lecoulant et Delas. Cette observation nous fait assister à la coexistence de la maladie de Nicolas et Favre et de la syphilis s'expliquant « par une double infection de même source et contemporaine ». Le malade en question était porteur d'un lymphogranulome inguinal typique, pendant l'évolution duquel éclatèrent des accidents de syphilis secondaire. Les effets du traitement furent particulièrement intéressants à considérer. « L'intérêt de cette observation, dit M. Petges, réside dans ce fait que le lymphogranulome s'est amélioré au début, mais lentement, par le seul traitement cuprique, que l'amélioration a été plus accusée ensuite par le traitement novarsénobenzolé, mais qu'il n'a bien guéri que par l'association des deux traitements. Le diagnostic de lymphogranulome de Nicolas et Favre est indiscutable. L'apparition des accidents secondaires, la guérison partielle de la tuméfaction inguinale par le traitement spécifique suffit à justifier la part prise par le tréponème dans l'adénite inguinale. »

Dans le même ordre d'idée, nous pourrions citer encore le cas d'une malade de M. Ravaut, cas d'autant plus intéressant qu'on voyait coexister dans les deux aines les deux types d'adénopathie : à gauche, une chaîne de ganglions ayant tous les caractères des ganglions syphilitiques; à droite, une masse ganglionnaire filant dans la fosse iliaque, infiltrée, avec périadénite, douleur légère à la pression.

Enfin, au dernier Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, O. Jersild, de Copenhague, a rapporté deux observations, l'une de lymphogranulomatose aiguë avec superposition de chancrelle sur l'érosion initiale, l'autre de lymphogranulomatose, syphilis et chancrelle, le chancre mixte étant apparu sur l'érosion lymphogranulomateuse.

Il y a également des cas d'infection mixte gono-lymphogranulomateuse.

Dans tous ces cas d'infections associées, il faut bien distinguer les cas d'association réelle, quand les deux contaminations sont confondues ou tout au moins très rappro-

chées, et les cas où les deux maladies contractées ont évolué à deux époques nettement distinctes.

Bref, le diagnostic de maladie de Nicolas et Favre doit être porté avec prudence, et l'on doit tâcher par tous les moyens de se rendre compte s'il n'y a pas une infection associée, notamment la syphilis.

MOYENS DE DIAGNOSTIC DU LYMPHOGRANULOME INGUINAL.

L'examen clinique peut permettre à lui seul de faire le diagnostic. Les moyens de laboratoire sont d'inégale valeur.

a) *L'examen du pus* ne donne pas de renseignements bien intéressants au point de vue cytologique et bactériologique.

b) *L'examen du sang* montre une formule leucocytaire un peu particulière : il y a mononucléose, avec augmentation des moyens et des grands mononucléaires par rapport aux polynucléaires et aux lymphocytes.

c) *La sérologie* donne des résultats qui sont à considérer. Il est de règle de pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann chez des sujets porteurs d'une adénite inguinale. On sait quelle est la valeur de cette réaction pour le diagnostic de la syphilis. Comment se comporte un sujet atteint d'un lymphogranulome vis-à-vis de cette réaction ? Le plus souvent la réaction est négative. Cependant, on peut la trouver positive, même en l'absence de syphilis, et dans ce cas-là elle offre certaines particularités. MM. Ravaut et Rabeau, en 1922, ont trouvé la réaction trois fois positive sur 23 cas examinés. Mais cette réaction était passagère, ils l'ont vue chez plusieurs malades se montrer positive au moment où les phénomènes locaux et généraux étaient le plus marqués, devenir négative sans qu'aucun traitement antisypilitique ait été institué, redevenir positive ensuite au moment d'une nouvelle poussée inflammatoire. Il faut donc se méfier de ces fausses réactions, qui sont généralement « passagères, éphémères, disparaissent spontanément sans aucun traitement

antisyphilitique et peuvent osciller sous différentes influences ». Ces réactions n'ont rien de commun avec les réactions persistantes et durables de la syphilis. L'étude de la réaction de Wassermann pratiquée en série pourra permettre d'éviter une erreur de diagnostic dans les cas où l'on peut hésiter entre le diagnostic d'une adénopathie syphilitique et celui d'une maladie de Nicolas et Favre.

Dans un même ordre d'idée, M. Petges a, dans une première communication, montré, en 1929, que la réaction de Vernes à la résorcine se montrait fréquemment positive dans la maladie de Nicolas et Favre. Nous avons pu voir nous-même la confirmation de ce fait, qui à nos yeux prend l'allure d'un fait général appartenant en propre au lymphogranulome inguinal, sans vouloir en aucune façon en tirer une conclusion au point de vue d'une origine tuberculeuse tout à fait improbable de cette affection.

MOYENS BIOLOGIQUES. — Intradermo-réaction de Frei (Breslau), utilisant un antigène lymphogranulomateux, obtenu à partir de pus lymphogranulomateux dilué et chauffé. C'est une réaction d'allergie, qui paraît être spécifique, apparaissant de une à trois semaines après le début de l'infection et persistant longtemps.

Il est intéressant de signaler les modifications que peut présenter cette allergie, dans le cas de l'évolution mixte de lymphogranulome et de syphilis. Frei a montré que si un malade atteint de lymphogranulome présente des accidents secondaires, l'intradermo-réaction à l'antigène lymphogranulomateux peut être négative. Du fait de la syphilis, il s'est produit un état anergique qui empêche la réaction de se produire. Si l'on institue le traitement spécifique, lorsque les accidents cutanés syphilitiques s'effacent, la réaction de Frei redevient positive. Hellerström a constaté des faits semblables.

Ces faits particuliers sont intéressants à signaler non seulement parce qu'ils présentent de l'intérêt au point de vue de

la pathogénie de l'infection, mais encore parce que leur connaissance peut permettre de ne pas méconnaître un lymphogranulome inguinal coexistant avec une syphilis.

III. — *Syphilis et tuberculose.*

Considérant avant tout les adénopathies inguinales et parmi elles les adénopathies d'origine vénérienne, nous ne nous étendrons pas longuement sur un chapitre aussi vaste que celui de la tuberculose ganglionnaire. En effet, les formes à localisation purement inguinale sont très rares, soit qu'elles succèdent à une lésion bacillaire génitale, soit que l'adénite tuberculeuse soit d'emblée inguinale, au cours d'une infection tuberculeuse hématogène. Nous n'insistons pas sur les symptômes de ces adénites tuberculeuses, entourées de périadénite, évoluant vers le ramollissement, vers la suppuration de toute la masse ganglionnaire, suppuration se faisant jour par des fistules caractéristiques et ayant tendance à la chronicité. Il faut souligner, au point de vue de leur diagnostic, l'importance de l'examen général du sujet, la recherche des antécédents, la recherche d'une atteinte multiganglionnaire, les moyens de laboratoire.

Mais la syphilis et la tuberculose peuvent coexister au niveau des ganglions. Ces formes associées de syphilis chez les tuberculeux étaient connues de Ricord, qui les désignait sous le terme de « scrofulate de vérole ». Cette question de l'association ganglionnaire tuberculo-syphilitique a suscité de nombreuses discussions et de nombreux travaux, et notre camarade Saint-Cyr (Thèse de Bordeaux, 1932), vient, avec M. le Professeur Petges, de lui apporter une importante contribution. Nous nous contenterons, sans entrer dans la pathogénie de cette association, de signaler pour notre part la possibilité de ces hybrides, donnant, dans une même région, des adénopathies multiples, cohérentes, adhérentes, dures au début, puis devenant le siège d'un empâtement diffus, aboutissant à la suppuration et à la fistulisation.

Au cours de l'étude des adénopathies syphilitiques, nous avons signalé la possibilité de polyadénopathies inflammatoires, évoluant vers le ramollissement et coïncidant avec des accidents secondaires de syphilis acquise. Il faut en rapprocher des adénites suppurées, se fistulisant le plus souvent, qui se développent au moment de l'éclosion d'une syphilis secondaire et dont le pus tuberculise le cobaye. Ces adénopathies tuberculeuses, se développant chez des syphilitiques, seraient dues au réveil d'une tuberculose latente par la syphilis secondaire. M. Milian croit que ces adénopathies secondaires de nature tuberculeuse ne sont pas très rares et qu'elles étaient encore plus fréquentes autrefois quand le traitement était moins actif. Ces adénites rétrocedent en effet sous l'influence du traitement spécifique (hétérothérapie).

Ces formes, répétons-le, sont rares en tant qu'atteinte inguinale unique. Le diagnostic est aidé souvent par la constatation d'antécédents chez le malade : mauvais état général, adénopathies chroniques de nature tuberculeuse dans l'enfance, bronchites à répétition.

CONCLUSIONS

I. — L'adénopathie inguinale syphilitique, satellite d'un chancre induré, reconnu et diagnostiqué, est d'un diagnostic facile dans sa forme classique de polyadénopathie indolente, faite de ganglions durs, non inflammatoires, roulant sous le doigt, tous caractères indiquant une réaction provoquée par le tréponème. Son diagnostic différentiel ne se pose pour ainsi dire pas.

II. — Il existe des formes exceptionnelles de polyadénites syphilitiques inflammatoires ayant les caractères d'adénites aiguës ou subaiguës, d'apparence banale, volumineuses, chaudes, douloureuses, avec périadénite, pouvant évoluer vers la suppuration, formes dont le diagnostic peut être difficile.

III. — Ces formes sont dues, dans de nombreux cas, à des infections secondaires pyogènes, évoluant parallèlement à l'infection tréponémique : balanites, phimosis, chancre surinfecté, etc. Mais, dans d'autres cas, il est difficile de déceler l'existence de l'infection secondaire (chancre pur, syphilis sans porte d'entrée apparente, syphilis cryptocarcinique d'Audry et Chatelier).

Au point de vue pratique, il découle de ces constatations qu'en présence d'une polyadénopathie inflammatoire, suppurée ou non, il ne faut pas éliminer systématiquement l'idée de syphilis. Dans le doute, il importe de s'entourer de tous les moyens de contrôle du laboratoire et du traitement spéci-

fique, qui prévient la suppuration ganglionnaire et fait disparaître les caractères inflammatoires.

IV. — Dans ces cas d'adénopathies syphilitiques inflammatoires, on peut voir exceptionnellement les ganglions de la fosse iliaque intéressés au même titre que les ganglions inguinaux. Leur évolution est parallèle, et ils disparaissent également au cours du traitement.

V. — Dans tous ces cas atypiques d'adénopathies syphilitiques inflammatoires, le diagnostic différentiel doit éliminer les autres variétés d'adénopathies inguinales vénériennes, principalement l'adénite du chancre mou et le lymphogranulome inguinal de Nicolas et Favre.

VI. — Il existe également des formes complexes d'adénites inguinales, syphilitiques et chancrelleuses, syphilitiques et lymphogranulomateuses, et quelquefois même d'adénites provoquées par les trois infections réunies.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY et CHATELIER. — Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire. *Ann. de dermat. et de syph.*, juill. 1921, p. 303.
- Syphilis à bubon d'emblée. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.* Réunion de Bordeaux, 18 mai 1921.
- BEJARANO. — Contribution à l'étude de la syphilis ganglionnaire. *Actas dermo-sifiliograficas*, Madrid, mars 1923.
- BERNHEIM. — Contribution à l'étude des réactions ganglionnaires au cours de l'hérédosyphilis tardive. Thèse Lyon, 1928.
- BORY. — Réaction de Bordet-Wassermann dans le chancre mou. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.* Réunion de Strasbourg, 26 mai 1928.
- Syphilis d'emblée ganglionnaire. Chancre papuleux secondaire. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1927.
- CAUCANAS. — Etude sur le bubon suppuré syphilitique. Thèse Montpellier, 1908.
- CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, 1859.
- CHEVALIER et BARREAU. — Adénopathies inguinales vénériennes non suppurées avec généralisation transitoire à des groupes ganglionnaires. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 2 avril 1925.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.
- CUMMER. — The lymphadenitis of tertiary Syphilis with survey of literature and report of three cases. *The American Journal of Syphilis*, janv. 1928.
- DESRUELLES. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1836.
- FABRE et BERNHEIM. — Le diagnostic des formes scrofuloïdes de la syphilis ganglionnaire. *Paris médical*, 7 mars 1925.

- FIESSINGER. — Diagnostic des adénopathies chroniques de l'adulte. *Journal des praticiens*, 14 mars 1925.
- FINGER. — La syphilis et les maladies vénériennes, 2^e édit. franç., 1900.
- FINSTERLIN. — Ueber die Histopathologie der Drüsenerweichung im Frühstadium der Lues. *Dermatol. Wochenschrift*, 1920, p. 97.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, 1899.
- FUMAROLI. — Contribution à l'étude des adénopathies satellites de l'accident primitif général de la syphilis. Thèse Lyon, 1930.
- GATÉ et MICHEL. — Syphilis primaire avec adénopathies iliaques bilatérales volumineuses. *Bull. de la Soc. de dermat. et syph.* Réunion de Lyon, mai 1931.
- GATÉ et GIRAUD. — Syphilis secondaire à roséole et à sérologie retardées chez un malade ayant présenté un chancre fugace, sans tréponèmes constatés, et accompagnée d'une adénopathie inguinale et surtout iliaque atypique. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.* Réunion de Lyon, 1930, p. 149.
- GATÉ, BERNHEIM, CHARPY et CUILLERET. — Adénopathies tuberculeuses survenues au cours d'une syphilis secondaire chez deux imprégnés bacillaires. Réveil de la tuberculose par la syphilis. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.* Réunion de Lyon, 1930, p. 716.
- GATÉ, CUILLERET et TIRAN. — Adénopathie inguinale monoganglionnaire avec découverte du tréponème dans le suc du ganglion ponctionné. B.-W. positif. Syphilis sans chancre. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.* Réunion de Lyon, juin 1932.
- GOUGEROT. — Bubons chancrelleux chroniques. *Annales des mal. vénér.*, 1915, p. 462.
- Syphilis acquise sans chancre; chancrello-syphilis sans chancre mixte, syphilis sans chancre à bubon induré non suppuré et à bubon suppuré syphilitique. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 18 nov. 1921. *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1922.

- GOUGEROT et DA SILVA DE RIO BRANCO. — Suppuration ganglionnaire syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, 1913, p. 477.
- GOUGEROT et P. BLUM. — Diagnostic de la syphilis par la ponction des ganglions et la recherche du tréponème dans le suc ganglionnaire. *Paris médical*, 1^{er} mars 1930.
- HABERMANN et MAUSLAGEN. — Hoffmannsche Drusenponktion zur Fruher-Kennung der Syphilis. *Deuts. med. Wochens.*, 1919.
- HALLOPEAU. — Traité de la syphilis, 1911.
- HOFFMANN et SCHAUBINN. — Ueber Spirocheten befunde im lymphdusen saft Syphilitischen. *Deuts. med. Wochenschrift*, n° 18, p. 71.
- HOFFMANN. — Importance des atteintes ganglionnaires dans l'étude de la syphilis. *Dermatologische Wochenschrift*, 1928, n° 39.
- HUFSCMITT. — Syphilis secondaire et adénites cervicales suppurées. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph.*, 1928. Réunion de Strasbourg, p. 97.
- JEANSELME. — La syphilis ganglionnaire. *Gazette des hôpitaux*, 4 mars 1924.
- Des adénites gommeuses survenant au cours de la syphilis tertiaire et de l'hérédosyphilis tardive. *Prat. méd. franç.*, Paris, 1925, p. 262.
- JEANSELME, LEFÈVRE et BUREAU. — Syphilides lichénoïdes, alopecie généralisée et adénopathie fistulisée. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, 1927, p. 854.
- JERSILD. — Infections combinées de la lymphogranulomatose inguinale et d'autres affections vénériennes dans le même chancre. VIII^e Congrès international de derm. et de syph., Copenhague, 5, 9 août 1930.
- LABBÉ (M.). — Etude du ganglion lymphatique dans les infections aiguës. Thèse Paris, 1898.
- LANZEMBERG (P.). — Contribution à l'étude du diagnostic des adénopathies inguinales. Thèse Strasbourg, 1928.
- LÉVY et METZGER. — Polyadénopathies inguinales suppurées de nature indéterminée, guéries par les injections intravei-

- neuses d'iodure de potassium. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.* Réunion de Strasbourg, 1925, p. 111.
- MAURIAC (Ch.). — Leçons sur les maladies vénériennes, 1890.
- MILIAN. — Bubons chancrelleux de l'aîne sans chancre mou. *Rev. franç. de dermat. et de vénér.*, 1926, p. 364.
- Adénopathie inguinale syphilitique tertiaire. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 13 nov. 1924.
- Bubon inguinal syphilitique suppuré. *Rev. franç. de dermat. et de vénér.*, juill.-août 1931.
- L'hétérothérapie. *Paris médical*, 1^{er} mars 1930.
- NANTA. — La syphilis ganglionnaire tardive. *Sud médical et chirurgical*, 15 déc. 1925.
- Les adénopathies tardives de la syphilis acquise. *Rev. prat. des mal. des pays chauds*, avril 1929.
- PELLEGRIN. — Sur les adénites vénériennes de l'aîne sans chancre. *Ann. des mal. vénér.*, nov. 1930.
- PAUTRIER et ULLMO (Mlle). — Ulcérations gommeuses syphilitiques groupées du pli de l'aîne. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.* Réunion de Strasbourg, 1927, p. 289.
- PAUTRIER. — A propos de la réaction de B.-W. dans le chancre mou. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 26 mai 1928.
- PETGES et LECOULANT. — Polyadénopathie inflammatoire aiguë syphilitique avec ramollissement. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1927.
- PETGES, LECOULANT et DELAS. — Complexe de lymphogranulome inguinal et de l'adénite syphilitique primaire et secondaire. *Ann. de dermat. et de syph.*, janv. 1930.
- PETGES, MOUGNEAU et BESSIÈRES. — La réaction de Vernes à la résorcine dans la maladie de Nicolas et Favre. Réunion dermatologique de Lyon, 27 janv. 1929.
- RAVAUT et RABEAU. — Réaction de B.-W. passagèrement positive et oscillante au cours de l'affection dite « lymphogranulomatose inguinale subaiguë » des ganglions de l'aîne. *Ann. de dermat. et de syph.*, févr. 1922.
- RAVAUT, BOULIN et RABEAU. — Etude sur la poradéno-lymphite. *Ann. de dermat. et de syph.*, août-sept. 1924.

- RICORD. — Leçons sur le chancre. Paris, 1860, Delahaye.
- Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1838.
- Traité complet des maladies vénériennes. Paris, 1831.
- ROBERTI. — Diagnostic étiologique des adénopathies inguinales.
Rev. méd. franç., 1926, n° 5.
- ROLLET. — Maladies vénériennes, 1865.
- Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorrhagie. Lyon, 1851.
- SALLE. — Les adénopathies syphilitiques tertiaires. Leur étude sur l'indigène marocain. *Bruxelles médical*, 19 avril 1925.
- SERGENT. — Scrofule, scrofulo-tuberculose et syphiloscrofule. *Rev. de méd.*, févr. 1920.
- SPILLMANN, DROUET et MICHON. — Lymphogranulome inguinal et syphilis. I^{er} Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. Paris, Hôpital Saint-Louis, 6, 7, 8 juin 1922.
- THIBIERGE et LEGRAIN. — Contribution au diagnostic du chancre mixte. La réaction de Bordet-Wassermann dans le chancre simple. *Presse médicale*, 16 juill. 1921.
- UNTERKICHER. — Zentralnekrotisierender luetischer Bubon bei Sekundärer Lues. *Wien. dermat. ges.*, 4 mai 1922.
- VELPEAU. — Article « Adénites », in *Dictionnaire de Dechambre*, 1865.
- WEISS et CAÏN. — Adénopathie inguinale suppurée d'origine indéterminée. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.* Réunion de Strasbourg, 12 juill. 1925.
- WORINGER. — Surprise de diagnostic dans un cas d'adénite inguinale suppurée : tuberculose ganglionnaire à localisation clinique exclusivement inguinale. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.* Réunion de Strasbourg, 1934, p. 549.
- ZURHELLE. — Histopathologische Studien an syphilitischen Lymphdrüsen des 1. und 2. Stadiums. *Derm. Zeitschrift*, août 1921.

